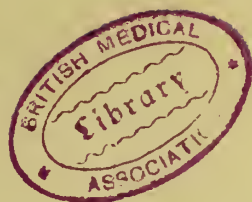

22500774515


BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATI

XIV[e] CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE

MADRID, AVRIL 23-30 1903

COMPTES RENDUS

Publiés sous la direction de Mr. le Dr. A. FERNANDEZ-CARO,

Secrétaire général du Congrès.

SECTION DE NEUROPATHIES,

MALADIES MENTALES ET ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

PAR

le Docteur Abdón Sànchez Herrero,

Secrétaire de la Section





MADRID

Imprenta de J. Sastre y C.ª—Alameda, 10, telefono 997

1904

XIVE CONGRES INTERNATIONAL DE MÉDECINE

MADRID, AVRIL 1903



SECTION DE NEUROPATHIES
MALADIES MENTALES ET ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

COMITÉ D'ORGANISATION DE LA SECTION

Président	M.	José María Esquerdo Zaragoza.
Vice-Présidents	MM.	Luis Simarro y Lacabra, Rafael Salillas y Ponzano, Jaime Vera y López.
Secrétaire	M.	Abdón Sánchez Herrero.
Secrétaires adjoints	MM.	Jerónimo Galiana y Soriano, Ramón Ezquerra y Baig, Enrique Navarro y Ortiz.
Membres	MM.	Adriano Alonso Martínez, Emilio Loza y Collado, Serafín Buisen y Tomati, Tomás Maestre y Pérez, Federico Olóriz y Aguilera.

SEANCE DU 24 AVRIL

La Section de Neuropathies, Malades mentales et Anthropologie criminelle initia ses travaux le vendredi 24 Avril, à neuf heures du matin.—Après une (v. p. 2 bis) allocution, dans laquelle le Président, Mr. JOSE MARIA ESQUERDO Y ZARAGOZA salua les congressistes au nom ds ses collègues, on procèda à la nomination des Présidents d'honneur et des Secrétaires adjoints. Furent nommés.

Présidents d'honneur.

MM. les Docteurs ACCHIOTE (Constantinople), ALEXANDER (London), BELL (New York), BENEDICT (Wien), BERNHEIM (Nancy), BIANCHI (Napoli), BRISSAUD (Paris), CASTELLINI (Napoli), FERRIER (London), FRANKL (Wien), HOPPE (Cincinnati), JOFFROY (Paris), LANGBERG (Bergen), LOMBROSO (Torino), MACDONALD (New York), MARINESCO (Bucarest), de MATTOS (Porto), MIERZEJEWSKY (St. Pétersbourg), RAYMOND (Paris), REGIS (Bordeaux), SCHULLER (Wien), SOLLIER (Paris), SOUKHANOFF (Moscou), VAN DEVENTER (Meerenburg), et de VEYGA (Buenos Aires).

Secrétaires adjoints.

MM. les Docteurs FLETCHER BEACH (Kingston Hill), CERLETTI (Roma), HUGHLINGS-JACKSON (London), MAGALHAES LEMOS (Porto), PACHECO (Buenos Aires), PITTALUGA (Roma), PREGOWSKY (Heidelberg), Madame TARNOWSKY (St. Pétersbourg), MM. THIVET (Clermont), ROUBY (Alger), GUTZMANN (Berlin), SANO (Anvers), et LAEHR (Zehlendorf).

Discours de Mr. le Président Dr. J. María Esquerdo.

Bien venidos, ilustres mentalistas, insignes neurólogos y eximios antropólogos criminalistas, los que desde lejanas tierras emprendísteis penoso viaje para honrarnos con vuestra presencia. En todo tiempo son de agradecer la estimación y el honor que implican semejante sacrificio; pero más, infinitamente más, en las aflictivas circunstancias porque atraviesa este infortunado país; á la manera como el individuo se siente más obligado y experimenta mayor emoción al recibir una visita, cuando desgracias de familia le tienen sumido en profunda tristeza, la colectividad agradece más y experimenta mayor placentera emoción cuando la visita se recibe en angustiosos días tras inenarrables desastres nacionales.

Salud, queridísimos compatriotas, los que abandonásteis vuestro hogar para venir á este Madrid, tan calumniado como digno de fraternal cariño, á compartir con nosotros la labor científica y profesional y el grato deber de agasajar á nuestros huéspedes con la hidalga caballerosidad española.

Recibid todos de este Comité central la más sentida expresión de eterno agradecimiento y entrañable afecto.

¡Qué hermoso espectáculo ofrecemos á la contemplación pública! Hombres de diferentes países, á menudo lanzados á guerras internacionales, que son oprobio de la civilización moderna, aquí reunidos en apretado haz dándose fraternal abrazo, pronunciando discursos y leyendo las ponencias y comunicaciones presentadas para estudiar, esclarecer y difundir el tratamiento de la locura, enfermedades nerviosas y delincuencia, cual plegaria que elevamos al cielo para que cesen los males que afligen á la humanidad.

Las grandes solemnidades, al conmover profundamente el ánimo, sacan del fondo, á un tiempo, motivos de inefable gozo y recuerdos de angustiosas tristezas; es condición humana que el placer y el dolor se mezclen tan íntimamente que rara vez se los percibe separados y á la

manera como las familias dilatadas no se reunen para celebrar una fiesta sin que amargue algún recuerdo triste aquella solemnidad, así nosotros no nos reunimos una vez para celebrar estos certámenes sin que la memoria evoque el recuerdo de ilustres patricios que en vano buscan ansiosos nuestros ojos en las filas de los presentes.

Desaparecieron para vivir los más en el templo de la gloria; Falret, Giné, Dagonnet, Kraff-Ebing, nos han sido arrebatados del taller. A los dos primeros tuve el honor de contarles entre mis amigos, á los dos últimos no; pero mi admiración y afecto hacia ellos iguala á la que sentí por nuestros comprofesores Falret y Giné. Conocí al primero hará unos veinte años; la impresión más indeleble que dejó en mi ánimo fué el parecido físico y moral con el sapientísimo Dr. Martínez Leganés, al extremo que me dije: Si los sentidos son las ventanas por donde se asoma el alma, la fisonomía debe ser el escaparate en donde se exhibe sus vocaciones y productos.

Falret, según mi juicio, era, ante todo y sobre todo, un gran clínico; como Martínez Leganés, y los dos amaban al loco, á pesar de conocerle profundamente. MartínezLeganés decía que la locura hacía malo al hombre bueno y al malo perverso; que el loco era de cada casa el peor, y sin embargo, aquel hombre tuvo para con los locos un manantial inagotable de amor y caridad.

Figura eminente es Falret en los anales de la literatura psiquiátrica, mas para apreciarle en toda su grandeza es preciso estudiarle en el Manicomio, junto al enfermo, como á los grandes capitanes sólo se les aprecia en todo su valor al través de las campañas y en el campo de batalla, y declararéis conmigo que en la mitad última del siglo que acaba de expirar brillarán, sí, acaso con igual fulgor, otros astros de los que forman su constelación más luminosa, pero ninguno le supera.

Giné, arrebatado á la ciencia en la edad provecta, cuando los ópimos frutos de la experiencia disminuyen en cantidad tanto como aumentan en calidad, vivió, sin embargo, lo bastante para dejar tras sí, no la estela fugaz de algunas personalidades brillantes, que desaparece en el novenario de su muerte, sino monumentos imperecederos que glorificarán por largo tiempo su *Tratado de Frenopatía* y el *Manicomio Nueva Belén.*

Un sabio entre los sabios, aunque otra sea la sección obligada á depositar en su tumba espléndida corona, merece de nosotros, cuando menos, una modesta siempreviva, me refiero al Dr. Yáñez, catedrático de Medicina legal, sucesor del Dr. Mata, cuyo monumental *Tratado de Medicina legal y Toxocología*, representa en la literatura médi-

ca patria lo que las pirámides de Egigto en la historia de los Faraones. El Dr. Yáñez consagraba á la enseñanza de las relaciones de la Frenopatía y enfermedades nerviosas, con la Administración de Justicia, luminosas lecciones en los cursos académicos.

Séales á todos la tierra ligera, é inscribamos en nuestro santoral sus preclaros nombres para que les adoren las generaciones presentes y venideras.

No temais que abuse de vuestra atención; si por defecto de carácter fuera capaz de olvidarme de las limitaciones de tiempo impuestas á las ponencias y debates, por gratitud al inmerecido honor de presidiros que me habeis conferido, y por la dignidad del cargo que se mantiene mejor cuanto con más prudencia y comedimiento se ejerce, seré breve,

Parece obligado, ó cuando menos muy pertinente, que señalase el carácter de la Frenopatía en este siglo, pero no se adapta el desarrollo de la Frenopatía á la división del tiempo por años, décadas ó centurias, y consiguientemente, es arbitrario marcar en su evolución períodos que correspondan á la cronometría usual. Fuera más lógico elegir puntos de partida y terminación en los acontecimientos transcendentales de la vida de nuestra especialidad y ninguno reciente de tan extraordinaria importancia que merezca elevarle á la categoría de hito.

La Frenopatología de nuestros días ha definido su carácter médico experimental, desprendiéndose de aquellas notas psicológicas propias de trasnochada Metafísica.

Por virtud de la Filosofía dominante en otras edades, ó por un esfuerzo de prematura independencia, amenazaba hacerse separatista, ¡cual si pudiera ser mediano frenópata el que no fuese buen médico! Proclamemos en alta voz la necesidad imperiosa, inexcusable, de cultivar previamente la Medicina madre, la Medicina general, para llegar á poseer su rama predilecta, la Psiquiatría.

Cese el error de considerar que la locura es el trastorno psíquico, que el delirio, que la aberración intelectual ó afectiva es el todo de la dolencia mental. No; el delirio es la flor, no el árbol; el fruto, las ramas, el tronco, las raíces, su totalidrd, constituye el padecimiento mental de que se trate, y tanto importa á su fundamental concepto el trastorno habido en las altas regiones donde se forja el pensamiento, como en la profunda sima en donde se operan las lesiones de nutrición, y tan digno de estudio es el edema de las manos y pies como el más esplendente delirio de grandezas, que al cabo y á la postre representa la hinchazón de las circunvoluciones cerebrales.

Natnral secuela de este concepto fundamental de la locura ha sido

la aproximación, casi la fusión de la Frenopatía con la Neurología, su hermana gemela, cuyo rápido desarrollo en nuestros días nos maravilla.

Asemejanse las ciencias en su evolución al hombre en sus edades: la adolescencia, con sus ilusiones, con sus ímpetus, con su espíritu animoso, avasallador, investiga y cree á menudo haber descubierto variedades morbosas que no existen; pero yo entiendo que no debe condenarse ese afán con desmedida severidad, porque es á veces estímulo y acicate de nuevas investigaciones. La clínica depurará las conquistas recientes de sus errores.

A los períodos de extensos análisis siguen las grandes síntesis. Para éstas se requiere caudaloso acopio de materiales y poderosas facultades reflectivas que los coordinen.

No nos precipitemos, tomemos el consejo de la sabiduría popular formulada en estos términos: «Hay que dar tiempo al tiempo», no vayamos á incurrir en el defecto que el eximio Calderón de la Barca apunta en estos versos (habla del almendro):

«Que por madrugar, sus flores
con presteza y sin consejo.»
pierde el fruto frecuentemente.

Recordemos que hubo una época en que se multiplicaban al infinito las variedades de las fiebres denominadas idiopáticas ó esenciales, al extremo, que los estudiantes de mi tiempo apellidaban á un sabio catedrático con el gracejo propio de la juventud, *Gómez Fiebre*, por no citar su nombre. Después se ha reducido el número, negando entidad á meras modalidades.

¿Quiere esto decir que yo, ardiente partidaaio de los estudios clínicos, encariñado y celoso obrero de la asistencia del loco, menosprecie los trabafos de gabinete? No; los admiro y en mi naturaleza optimista forja la imaginación ópimos frutos á recoger en lejanías indeterminadas. El conocimiento de la neurona, por ejemplo, para no mulfiplicarlos más, cuyas mutuas relaciones establecidas no por continuidad, interrumpiéndose la comunicación ó restableciéndose, según los movimientos, proyecta luz bastante para que nos demos cuenta de fenómenos antes inexplicables.

Si sus brillantes conquistas no hubiesen alcanzado á iluminar regiones obscuras de la Frenopatía, demarcando zonas cerebrales con primores maravillosos, sin perjuicio de rectificarlos mañana, me bastaría el impulso impreso á la Neurología para proclamar en alta voz su innegable importancia.

La verdad, señores, es que la Histología moderna, cuya gloriosa representación nacional no cito, porque me he impuesto el cruento sacrificio de callar nombres eximios, temeroso de cometer injusticias por omisión, pone tan de manifiesto las localizaciones cerebrales, centros de proyección y asociación, que parecen objetos colocados en una vitrina, los cuales inspeccionamos de visu, cual si la caja ósea y tegumentos blandos que envuelven la masa encefálica y médula espinal hubiesen perdido su opacidad transformándose en diáfano cristal.

El anàlisis químico y el análisis clínico, en movimiontos envolventes y simultáneos, parecidos á los que aconsejan los más notables tácticos y estrategas militares, se dan la mano enriqueciendo la Frenopatía con nuevas conquistas de locuras tóxicas y autotóxicas.

Yo no diré que llegará un día en que las facìes clínicas de la locura tengan equivalentes fôrmulas químicas; pero si el tóxico procedente de fuera se nos representa con un síndrome suficientemente expresivo para inducir al diagnóstico, ese tóxico de origen interior también, se representara en la clínica con un conjunto de síntomas de fondo común, quedando, por lo tanto, establecida la relación. Acariciemos sin miedo el progreso con sus múltiples procedimientos de investigación, que la clínica ejercerá de poder moderador desechando lo baldío y recogiendo lo útil.

La marcha lenta, pero evidentemente progresiva de la Medicina mental en la Administración de justicia, desespera á los temperamentos impetuosos, porque es condición humana medir la velocidad por el deseo; más séame lícito alentar á la juventud sin otro título que mi entrañable afecto á esa sagrada legión, cuyos esfuerzos decidirán del porvenir del loco procesado: que no desmaye, lo conquistado hasta hoy es nuncio y prenda de lo que alcanzaremos mañana.

El carácter genuinamente médico de la Frenopatía en nuestros días ha ensanchado los procedimientos de investigación. Todos, absolutamente todos los que utiliza la Medicina madre, son tributarios de la Psiquiatría, y hasta los psicológicos al tomar el aditamento de fisio-psicológicos se limpian de la herrumbre metafísica que los enmohecía, y esta condición puramente médica la defiende de las ingerencias de los profanos, que retroceden ante el nombre de locura epiléptica, histérica, pelagrosa, infecciosa, etc., etc., sin que por eso condenemos en absoluto antiguas denominaciones, como lazos de unión de la Frenopatía de ayer con la de hoy y medios de inteligencia que no es lícito suprimir de un golpe el lenguaje tradicional.

No por vana presunción si que por legítimo amor patrio, séame lí-

cito decir á los extranjeros que el carácter de la Frenopatía de nuestros días, felizmente consagrado por los más, fué el mantenido por nosotros hace treinta años, al extremo de haberme valido de los mismos términos para desenvolver el concepto fundamental de la locura en mis conferencias de enfermedades mentales y en mis lecciones de Patología general dadas en la Escuela Práctica de Medicina y Cirugía del Hospital provincial de Madrid.

Obedecen á la misma razón de ser la mayor extensión conquistada en el tratamiento de la locura, que así recurre al tratamiento moral como al tratamiento quirúrgico, al tratamiento farmacológico, como á la electroterapia é hidroterapia. Y quién sabe si llegará un día en que se acepte la castración como tratamiento curativo de ciertos delincuentes genésicos, que años ha recomendaba yo á la meditación de mis antiguos discípulos.

La nota característica de nuestra época es, sin duda alguna, el mejoramiento de la asistencia del loco; verdad es que toda labor científica tiene esa tendencia final, pero pudiera decirse de la Frenopatía que no contenta con correr en ese sentido por la carretera, toma el atajo para llegar más pronto. Ocuparse de la asistencia de los locos sin hacer mención honrosísima, preferente, del Manicomio, sería cometer una injusticia á la que yo no me prestaré jamás. ¡Del Manicomio, sí, institución consagrada por el sacramento de su eficacia y de su vejez, que permanece inconmovible á pesar de los embates de apasionadas impugnaciones, cual isla enmedio de los mares, azotada por las embravecidas olas!

¡Gloria á los mentalistas contemporáneos que utilizan en la asistencia del loco dentro del Manicomio todo el *confort* de la civilización moderna y cuantos esparcimientos quepa prestar á su conturbado ánimo y que, para curarle, prolongar sus días y reducir sus molestias, aprovechan la eficacia del cambio de aguas, aires y lugares! En España utilizamos años ha el cambio de clima, de altura, sobre el nivel del mar y aires de las costas en el tratamiento de la locura.

Y séame lícito tributar á un español insigne, Fr. Juan Jofre Gilabert, el homenaje de la más alta consideración é inextiguible gratitud, que no le negaréis vosotros, ilustres mentalistas extranjeros, porque tratándose de glorias tan eximias, una es la nacionalidad, el mundo, una la raza, la especie humana. Fr. Juan Jofre Gilabert fundó en Valencia el primer Manicomio del mundo; desde entonces el loco tuvo—permitidme lo vulgar de la frase—casa propia ¡Qué en las de alquiler, por circunstancias inevitables, se les relega á los sótanos, á

las guardillas ó á un apartado rincón! Y yo lo he visto sin ser tan viejo como pregonan estas insolentes canas.

En la hermosa Valencia, el año 1409, se fundó, repito, el primer Manicomio del mundo; con velocidad pasmosa se extiende el humanitario impulso á Sevilla, Zaragoza y Toledo, no traspasando las fronteras esa noble espansión hasta un siglo más tarde en que Inglaterra inaugura el Manicomio de Bedlam.

La inmortal figura de Pinel, nuestro compatriota, porque todos cuantos sentimos en nuestro pecho amor al loco, compatriotas somos del gran francés, se destaca entre los bienhechores de la humanidad. La redención del esclavo será mientras aliente el hombre sobre la faz de la tierra la más gloriosa conquista de la Edad Moderna; pero al romper Pinel las cadenas, que aprisionaban al enajenado, de un golpe hizo añicos dobles cadenas. las que aherrojaban su cuerpo y las que constreñían su espíritu, las que fraguó el hombre y las que forjó la locu. ra. ¡Que si la libertad y tolerancia son condiciones indispensables para el progreso de los pueblos, la libertad y dulzura son específicos para el tratamiento de los enajenados!

Parecerá, señores, vana pretensión, desatentada soberbia, pretender fijar para siempre el solar de la asistencia del loco, reservando al indefinido progreso de las Edades venideras el acrecentamiento y ornamentación de su alcázar con sus expansiones consiguientes.

La división del Manicomio en departamentos ha llevado en pos de sí, por ley que se cumple siempre en el progreso, la creación de asilos especiales para variedades de enajenados y las colonias propiamente dichas. Aprovecho la oportunidad para dolerme de la falta de un Instituto consagrado al tratamiento de los niños imbéciles, bien provisto de recursos pedagógicos, como ya reclamábamos en la sesión inaugural de la Academia Frenopática Española, y posteriormente en el Ayuntamiento de Madrid, ofreciendo gratuitamente al efecto terrenos apropiados.

Para terminar; felicitémonos de que este Congreso incluyese entre sus secciones la nuestra, porque de esa suerte para los mentalistas, neurólogos y criminalistas, será este certamen lo que las Exposiciones á la industria, y así como los productos exhibidos en las instalaciones representan el progreso alcanzado hasta el día, las ponencias, comunicaciones y debates representarán el estado actual de nuestras especialidades. Pero cual la contemplación de los inventos colocados en las estanterías fecundan en la mente nuevos descubrimientos, cuyo período de gestación es el lapso que media entre dos Exposiciones; así también la audición de los discursos, notas y observaciones, por ese

mismo poder generatriz abrirá nuevos horizontes de exploración. Además, intiman por el trato nuestras relaciones y ensanchan el círculo de las mismas, porque no á todos los mentalistas les es dado trasladarse al extranjero y celebrándose dichos Congresos sucesivamente en diferentes países cosecharemos valiosas amistades en cada uno de elles. Los españoles, desde luego, á todos vosotros sin distinción de nacionalidades, os ofrecemos la nuestra, noble, desinteresada é imperecedera.

Por virtud de estas grandes solemnidades aumenta la estimación pública del mentalista, toda vez que la sociedad ve con asombro y suma complacencia á la par una legión de hombres consagrados á defender la mente humana de las irrupciones de la locura y arrojarla de su sagrado alcázar, si, por desgracia, hubiese llegado á invadirla, elevándose el alienista á la categoría augusta de los libertadores de la patria esclavizada y asemejándose al mismo Dios, si no pareciere herética esta imagen, por cuanto si el Supremo artífice creó la razón, el mentalista recoge los fragmentos dispersos por la locura y los reintegra á su normalidad.

Es incalculable el influjo de estos certámenes en el ánimo de la juventud; á la manera como la entrada triunfal del héroe de los ejercitos, el espectáculo grandioso, imponente, fascinador de las muchedumbres que le aclaman frenético por las victorias conquistadas, inflaman en el pecho del cadete adormecidas ansias de gloria; así entiendo yo que en esta legión sagrada de los combatientes contra la locura, más de un recluta que no haya soñado en la gloria eterna de sus héroes (que harto frecuentemente es caduca la de las otras milicias), al comtemplar el homenaje que rendimos á nuestros vencedores, sentirán surgir de sus pechos anhelos por obtener glorias semejantes á las alcanzadas por los veteranos de la Psiquiatria.

Aprestémonos á la lucha todos, jóvenes y ancianos, que el porvenir es nuestro, por cuanto la locura y enfermedades nerviosas constituyen la Patología primogénita de la época.

El mejoramiento de la existencia de los enajenados, su curación ó alivio, la eficacia de nuestros tratamientos para los efectos nerviosos, avanza en tren *express* y el siglo XX promete coronar su civilizadora obra colocando en la más alta cumbre de sus conquistas la redención del loco. *(Grandes aplausos).*

FOLIES TOXIQUES ET INFECTIEUSES

Rapport del Dr. JERONIMO GALIANA (Madrid).

Este tema reune á la incomensurable amplitud de su horizonte una complexidad totalmente incompatible con la unidad nosológica, pues no solo comprende su enunciado dos extremos esencialmente distintos, sino que cada uno de ellos representa á su vez el nombre genérico de un conjunto de procesos en el que palpita la multiplicidad desde el punto de vista de su naturaleza íntima. Por lo tanto, no podía estar en la mente de la Comisión que ha formulado los temas, la intención de que el que me ocupa fuera desarrollado en toda su inmensa latitud, pues alcanzaría proporciones verdaderamente extraordinarias é incompatibles, por consiguiente, con las condiciones á que han de ceñirse los trabajos de estos Congresos, y en efecto, tácitamente se convino en que del tema en cuestión se eligiera el punto ó puntos que se creyera más convenientes.

Así, pues, voy á ocuparme de algunos que afectan solo al contenido de las locuras alcohólicas y de las sifilíticas, por ser estas psicosis, dentro del grupo de las vesanias tóxicas é infecciosas, las que ofrecen por su frecuencia mayor importancia nosológica y práctica, y lo haré sin extenderme en un trabajo de erudición, ya que ninguna utilidad reportaría por tratarse de una Asamblea en la que la ilustración es la nota característica, sino que me limitaré á exponer el modesto fruto de mis juicios y observaciones personales para que sea el grano de arena que se sume el acervo común de la experiencia médica universal.

DEGENERACIÓN MENTAL Y ALCOHOLISMO

No me detendré, porque no sería oportuno, en la dilución del concepto que en medicina representa la *degeneración mental*, ni discribiré tampoco el alcoholismo en su aspecto, que podría llamarse ordinario, pues aunque ambos son factores que concurren en la constitución del asunto que nos va á ocupar, aisladamente hay que darles, por ahora, como materia estudiada. Forma el contenido de nuestro trabajo la resultante de la asociación del alcoholismo agudo y crónico con la degeneración psíquica, punto este por demás importante, pues envuelve interesantes problemas clinicos de orden psico-patológico y algunos de ellos á la vez de gran trascendencia médico legal.

En el plan de exposición que he de seguir me ocuparé primero en explicar la relación de causalidad que aquí media entre los expresados términos mórbidos, la degeneración mental y el alcoholismo; después en describir las modificaciones que en los sujetos degenerados sufre el cuadro sintomático psíquico de la intoxicación alcohólica; á continuación me ocuparé de los cambios que el alcoholismo imprime al estado mental preexistente del sujeto psíquicamemte degenerado, y por último, del concepto nosológico de las llamadas locuras alcohólicas propiamente dichas, asunto, que encaja perfectamente en la índole de este trabajo, toda vez que tales psicosis las estimo como derivaciones casi exclusivas, no de la intoxicación alcohólica sólo por sí, sino de esta cuando, además, va unida á la anormalidad mental y predisposición vesánica del sujeto degenerado.

Relación causal.—La intervención de la degeneración mental como factor responsable de la inclinación del sujeto al hábito alcohólico es indudable, toda vez que, aparte de los precisos resultados que las estadísticas suministran, lo demuestra de un modo directo el razonamiento que llamaré *filosófico clínico*, cuya expresiva información la considero aun más valiosa que las cifras escuetas, aunque interesantes, que aporta la estadística. Cuando está la inteligencia obscurecida ó desequilibrada, y existen, al mismo tiempo, marcadas anomalías del sentido moral, como ocurre en buen número de los degenerados; los apetitos se desarrollan, las pasiones se desbordan, y en una palabra el afán de goces materiales irradia sus fulgores siniestros en el organismo con tal intensidad que el sujeto, falto además de freno reflexivo; se entrega por completo á esa especie de libertinaje de la vida concupiscente.

Esta mediación etiológica de la degeneración mental en el alcoholismo es, por otra parte, también un hecho de observación diaria, y por consiguiente, no es necesario citar ejemplos que la comprueben; pero en atención á su interés verdaderamente excepcional, referiré brevemente los tres siguientes que corresponden á individuos de una misma familia por orden de descendencia.

N. N., casado y con tres hijos. Era un sujeto psiquícamente anormal. A los tres años del nacimiento del último de sus hijos, se dió á la bebida y fué tan en aumento el vicio y tan pronto tomaron vuelo las manifestaciones alcohólicas cerebrales, que su degradación moral llegó en poco tiempo á un extremo tal, que era indiferente á su descrédito y aun á su ruina material; abandonó á la familia dejándola en la mayor estrechez, empezando él á hacer una vida completamente errante y entregado en absoluto al vicio: algún tiempo después caía

en la más completa demencia. Una hija suya, también de corta inteligencia, se casó, tuvo dos hijos, é igual que el padre empezó después á beber y murió en el mismo estado de aniquilamiento físico y mental. Por fin, una hija de ésta, de inteligencia también inferior á la normal, á los veinte años empezó con la afición al aguardiente y hoy está entregada á su vicio sin freno, sin que el ejemplo de lo sucedido á su abuelo y á su madre, ni las constantes reflexiones que se la hacen, tengan eco alguno en su ánimo. En estos tres casos se ve, que lo congénitamente transmitido fué el estado disgenésico cerebral, sin herencia alcohólica, toda vez que los padres en los tiempos en que se ejerció la fecundación de los descendientes aún no habían adquirido este vicio, y que á los tres, la degeneración mental que sufrían es lo que les llevó al uso primero, y al abuso después de las bebidas espirituosas.

¿En qué grado influyen respectivamente la degeneración mental por una parte, y las demás circunstancias, que podemos llamar sociales, por otra, en la inclinación á las bebidas alcohólicas? No puede contestarse de una manera general y mucho menos *à priori*, pues la opinión sintética que formuláramos estaría reñida con la realidad, lo cual sólo nos permite algún fruto en la investigación etiológica, á condición de emplear en nuestra inquisición un procedimiento analítico, mediante el que se justiprecien muy reflexivamente las circunstancias de cada caso, procedimiento que seguramente pondrá de manifiesto una proporcionalidad distinta de las influencias que me ocupan en cada individuo, pues unas veces será el sello degenerativo, y otras las circunstancias sociales, el factor etiológico más importante de los hábitos alcohólicos. En los casos que he citado se destaca con vivísimo relieve la influencia de la degeneración.

Mirado desde el punto de vista frenopático, resulta muy interesante el estudio de los alcoholizados de este grupo, porque por el hecho de ser vesánico el impulso que les llevó al vicio y los mantiene en él, resulta por lo general muy arraigada en ellos esta costumbre, y por consiguiente, bastante elevado el grado de intoxicación; porque el hecho de recaer este hábito en seres psíquicamente anormales, hace que las manifestaciones ordinarias del alcoholismo (embriaguez, síndrome mental ordinario del alcoholismo crónico) estén modificados de alguna manera y casi siempre en sentido más psicopático; y el hecho de la intoxicación, actuando á la vez como causa, obra, bien acentuando el cuadro mental degenerativo preexistente, ó ya también produciendo en algunos crisis delirantes á las que estos individuos se hallan muy predispuestos. Vemos, pues, que la causa y el efecto se

influyen recíproca y gradualmente, resultando de todo ello un estado híbrido de degeneración y alcoholismo digno de ser estudiado en detalle. Para mayor claridad dividiré este trabajo en los tres siguientes capítulos:

I. *La degeneración mental modifica y acrecienta las manifestaciones alcohólicas ordinarias.*

Si el alcohólico en general, una vez arraigado el vicio, no deja con facilidad sus aficiones por el estado cerebral que crea esta substancia, á los alcohólicos con disgenesis cerebral les es bastante más difícil el contenerse, porque á la circunstancia anterior se une el ser en ellos mayor el impulso que les lleva al vicio el hallarse disminuidas por lo común sus aptitudes reflexivas y ser menos potente influjo de su voluntad como fuerza coercitiva, todo lo cual contribuye, por el mayor impulso y menor freno, á que estos alcohólicos sean de los bebedores node ocasión si no de los habituales, y consiguientemente de los de intoxicación alcohólica acentuada.

Pero no solo en el *mas* es en lo que aquí suele estar modificado el alcohólismo, sino que lo está también en la expresión de las manifestaciones ordinarias de esta intoxicación, ya en lo referente á los proxismos agudos (embriaguez) ya en el estado psíquico ordinario del alcoholismo crónico. Veamos cómo.

Existe una forma especial de borrachera llamada *embriaguez patológica,* hasta ahora poco estudiada. Se describe como un estado accidental de la intoxicación aguda determinada por la intervencióu de circunstancias especiales que concurren en el momento de la embriaguez y que hacen que esta tome la forma particular que voy á describir. Por lo que yo he visto, creo que no obedece á semejantes circunstancias, si no á las condiciones orgánicas del sugeto, toda vez que la he visto producirse en un mismo individuo cuantas veces se embriagaba. Lo he observado en dos sugetos y los dos ofrecian claramen te los signos de la degeneración psíquica.

La característica de esta embriaguez es la suspensión de la conciencia mientras dura lo agudo del accese alcohólico, y después la fal ta de recuerdo de todo lo pasado, pues el individuo no se da cuenta después de nada de lo que ha hecho mientras ha estado ébrio, y esto aún siendo ligera la intoxicación. Uno de los casos que he tenido ocasión de observar, ha sido en la Delegación de Vigilancia del distrito del Hospital de esta Corte. Vi al sugeto en el momento de la embriaguez: parecia gozar de la integridad de su inteligencia; pues á mis preguntas contestaba atinadamente y hasta hacia juicos acertados. Fué lleva-

do á este Centro como otras muchas veces por que siempre que está así, insulta y suscita cuestiones en la via pública que dan lugar á que intervenga la policia. A la mañana siguiente y en la misma delegación, vi de nuevo á este sugeto quien no recordaba la conversación que conmigo tuvo, ni aun el haberme visto el día anterior. «Siempre que bebo-me decia-aun siendo poca cantidad de vino, pierdo la razón y no solamente no me doy cuenta de lo que hago, sino que luego no me acuerdo absolutamente de nada de lo hecho, y el caso es que dicen que falto á todo el mundo y yo soy incapaz de molestar á nadie.» En aquellos momentos se hallaba como melancólico y con fuerte dolor de cabeza. Este sugeto padeció ataques epilépticos que se repitieron con bastante frecuencia hasta los veintidos años, empezando un año después á beber; actualmente tiene veintisiete años. Debo hacer constar además el no haberse presentado de nuevo los ataques epilépticos convulsivos, siendo así que el alcohol es considerado como provocador de semejantes accidentes. En cambio le daban vértigos y más frecuentemente devanecimientos con los caracteres de esta neurosis.

En otro sugeto que vi en la cárcel, la embriaguez revestía otra forma, pues durante ella no presentaba apariencias de lucidez, hallándose por el contrario sin hablar y ensimismado. También en este individuo se presentaba este estado con poca bebida, y una vez en tal situación, estaba dos ó tres días fuera de casa, andando por las calles como un autómata, sin orientación determinada, y cuando volvía á su casa, no recordaba nada de lo que había hecho; siendo de advertir que todo este tiempo lo pasaba sin dormir ni comer y sin tomar más bebida alcohólica que la primera, que es la que le ponía en este estado. Una de las veces, después de estar merendando con unos amigos sin extralimitarse en el uso de los alcohólicos, se desarrolló la embriaguez, y andando durante ella por la calle, sin mediar cuestión alguna, sacó una navaja y agredió á un sugeto que tranquilamente pasaba por allí, el que falleció enseguida á consecuencia de la herida recibida. Esto fué á la caída de la tarde, y de madrugada y ya en la prevención, se despejó, y lo primero que hizo fué registrarse los bolsillos para ver si le faltaba algo, y notando la falta de la navaja preguntó por ella enseguida sin recordar el daño que con ella había causado.

Presentaba este sugeto aspecto de imbécil epiléptico, pues tenía frente ancha y salientes las elevaciones frontales, cabeza asimétrica, abultadas la fosas temporales y más la izquierda, pómulos salientes, expresión de enfado é inteligencia muy deficiente; sufría vértigos y en más de una ocasión impulsos suicidas. No presentaba síntomas generales de alcoholismo crónico. Una hermana suya es imbécil.

Obsérvase que los dos casos de esta forma de embriaguez correspondieron á individuos psiquícamente anormales y que los accesos ofrecían cierto parecido con las suspensiones mentales de los epilépticos. Y no solo en estas manifestaciones es en lo que estos enfermos mostraban cierta semejanza con la epilepsia, sino que además, el primero de ellos era claramente epiléptico, ya que sufrió accesos convulsivos de mal comicial antes de sus áficiones alcohólicas; y eu cuanto al segundo, su aspecto físico y manera de ser psíquica indicaban bien pudiera tratarse de uno de esos casos de epilepsia sin paroxismos, ya que estos, en mi concepto, son solamente un síntoma de la neurosis esencial y pueden faltar, como ocurre con el histerismo, que muchas veces existe sin los accidentes paroxísticos propios de esta enfermedad.

A estos cerebros mal equilibrados corresponden además esas muchas formas anormales de embriaguez, que se separan de las ordinarias por ofrecer cierto sello vesánico que el vulgo ha llegado ya á vislumbrar, expresando el concepto que de ellos forma con la siguientete frase: «A este hombre la bebida en vez de emborracharle, le vuelve loco».

Fijémonos ahora en las modificaciones que en los sujetos degenerados sufren los desórdenes psíquicos correspondientes al cuadro clínico del simple alcoholismo crónico.

Las manifestaciones ordinarias de la intoxicación crónica son el *síndrome mental* ordinario del alcohollsmo crónico. que aquí se halla bastante más acentuado que en los casos comunes, y *la demencia final*, que suele presentarse más precozmente también en estos individuos.

En efecto, las manifestaciones nerviosas de orden psíquico del ébrio inveterado, si el individue presenta las condiciones que dejamos indicadas, son mucho más pronunciadas tanto en la esfera de lo ético como en lo intelecual, y sucede esto precisamente porque las condi ciones morales é intelectuales de muchos degenerados se marcan generalmente en un sentido parecido al que provoca el alcoholismo cróco, y por lo tanto, á la condición del estado mental del sujeto degenerado (á la vez, como veremos, agravado por el alcoholismo) se agrega el trastorno psíquico directamente producido por esta intoxicación. Además de esto, el menor grado de resistencia cerebral de dichos individuos, que hace que en ellos, á igualdad de grado de saturación alcohólica, se expresen con más viveza los síntomas mentales, y por otra parte, la mayor intensidad que la intoxicación suele alcanzar en los mismos, por ser ellos, entre los bebedores, de los que más abusan, son factores, que sumados, explican el porqué del mayor colorido que

en los referidos sujetos degenerados presenta el cuadro psíquico del alcoholismo crónico.

La demencia final, como ya he dicho, es en ellos más precoz, y así se la ve aun en sujetos jóvenes. Ofrece otra particularidad, y es la de que en ella toma poca participación el sistema motor, es decir, que hay anulación psíquica, pero sin gran trastorno de las funciones motrices, pues aunque suele existir algo de temblor, es relativamente poco, y por otra parte se conservan en regular estado las fuerzas físicas. Como en estos individuos dentro de lo cerebral lo que está débil es lo psíquico, se comprende que venga la anulación del funcionalismo mental antes de lo ordinario, y que por lo mismo se conserve bastante bien el motriz. En cambio en los alcohólicos de otro orden, la demencia es bastante más tardía y por esto va unida casi siempre á los trastornos motores del alcoholismo avanzado (temblores generales, fenómenos parésicos, etc.), de lo cual resulta el cuadro de una de las formas de la pseudo parálisis alcohólica (forma demencial).

II. *El alcoholismo acentúa las manifestaciones psico-patológicas de los degenerados.*

Hemos visto que en los alcohólicos de este grupo, la degeneración hace que las manifestaciones alcohólicas se presenten modificadas en la generalidad de ellos, y ahora añadiré, que el alcoholismo obra á la vez aumentando los trastornos psíquicos que constituyen el llamado *estado mental* de estos sujetos, haciendo que las particularidades psíquicas ya existentes en los mismos antes de los excesos alcohólicos, se aviven, á la par que se pueden presentar otros desarreglos mentales pertenecientes también á este grupo de desórdenes; y así vemos que á más de la mayor acentuación de las anomalías intelectivas y del sentido moral, que como ya hemos visto se confunden por lo parecidos y se suman á las manifestaciones psíquicas que directamente determina el alcoholismo crónico, se exacerban también ó aparecen las excentricidades, las impulsiones irresistibles, las perversiones genésicas, las obseciones, las fobias, los estados abúlicos y en general todos los síntomas que contituyen los estigmas psíquicos de la degeneración.

De lo referente al delirio me ocuparé en el capítulo siguiente.

Si el individuo es epiléptico, los ataques convulsivos suelen repetirse con más frecuencia y principalmente en el curso de la embriaguez; y puesto que hablamos de la relación de la epilepsia con el alcoholismo, añadiré, de acuerdo con lo que dice Magnan, que el alcoholismo no engendra la epilepsia; lo más que hace es provocar el

ataque al que ya es epiléptico (hago exclusión del absentismo, que no he observado, por ser aquí poco frecuente); pues si en los que se denominan epilépticos alcohólicos, por haberse presentado en ellos ataques coinciciendo con el abuso de la bebida, examinamos sus antecedentes individuales, veremos que muchos han sufrido antes paroxismos de algunas de las formas del mal comicial, y si en algunos de ellos estos antecedentes son negativos, lo regular es que presenten la condición somato-psíquica del epiléptico, y por lo tanto, aún en este caso, no se puede dar al alcohol el valor de causa creadora de la enfermedad, si no simplemente el de causa despertadora del accidente en quien tiene ya modalidad orgánica de epiléptico; pues sabemos además que en individuo de esta última condición orgánica, una emoción y á veces sin causa apreciable, en cualquier edad y por primera vez, pueden hacer explosión estos paroxismos convulsivos, cuyas manifestaciones deben ser únicamente consideradas en este y en todos los casos de epilepsia esencial (á cuya categoría pertenece la que nos ocupa) como las más salientes, es cierto, pero sólo como un síntoma de esta enfermedad.

Más he de decir, que tampoco el alcoholismo aumenta siempre los ataques convulsivos al que además de ser epiléptico ha padecido ya esta forma de accidentes, pues al hablar de la embriaguez patológica he hecho mención de un sujeto que sufrió ataques hasta los 22 años y que un año después de el último paroxismo se entregó á la bebida, y sin embargo, lleva así 12 años sin que en este tiempo haya sufrido la más ligera convulsión. Este enfermo, en cambio, sufre vértigos y desvanecimientos que son otras formas de paroxismos del mal comicial.

III. *Las vesanias alcohólicas se presentan casi siempre en los degenerados alcohólicos.*

Las locuras alcohólicas, propiamente dichas ó sean los estados vesánicos que surgen en el curso del alcoholismos crónico, se presentan siempre en individuos de cerebro mal equilibrado, pues en los íntegros *a priori* aun siendo de alcoholismo antiguo, opino que no, yo por lo menos no las he observado, y en cambio, en los individuos en qnienes se presentan, se aprecia siempre el factor predisposición. La gran mayoría de estos delirios tóxicos salen de los alcohólicos con disgénesis cerebral, y si en algunos no existen estigmas de degeneración psíquica, pertenecen por lo menos á la gran familia de los neurósicos ó se encuentran en ellos antecedentes claros de herencia vesánica. No niego, sin embargo, la posibilidad de que estas psícosis se presenten

en sugetos sin esta predisposición, corrrespondiendo entonces al alcohol toda la responsabilidad etiológica; lo que hago únicamente es afirmar que esto último yo no lo he visto jamás.

Dos circunstancias concurren en los alcohólicos degenerados para que en ellos se presenten con tanta frecuencia los trastornos psíquicos, el ser por lo general sujetos muy intoxicados y el ofrecer gran predisposición al delirio. Sin embargo, no siempre las cosas suceden así, pues en algunos de estos individuos se presentan accesos delirantes agudos después de una embriaguez, de una orgía, sin que esté el sugeto bajo la acción del alcoholismo crónico y aun sin tener hábitos alcohólicos. En este caso lo probable es que se trate de un simple delirio de los degenerados, obrando el alcohol, mas que por su toxicidad, como simple excitante.

Dos casos de delirium tremens he tenido ocasión de observar y en los dos, á más de existir antecedentes vesánicos, he encontrado estigmas somáticos y psíquicos de degeneración mental. En uno de ellos, se trataba de un individuo de Carabanchel: á dos primos hermanos suyos les he asistido yo por sufrir ambos, estados melancólicos con delirio depresivo, atentando los dos contra su vida. El padre del enfermo es un sér psiquìcamente anormal y el paciente fué siempre un medio simple intelectual, indiferente, moral y excéntrico en su conducta. Siempre tuvo inclinaciones á la bebida, pero tomó más incremento el vicio desde los diez y ocho años. A los veinticinco años tuvo un ataque muy violento de delirium tremens que le duró quince días, quedando después tan agotado de fuerzas que tuvo que permanecer en la cama algunos más, pues no podía andar y movía los brazos con tal dificultad que había que darle de comer. Esta paresia fué disminuyendo paulatinamente, á la vez que se fué acentuando el reflejo rotuliano, el cual está hoy muy exagerado en ambas piernas, presentándose además rigidez espasmódica generalizada en las mismas, aunque poco pronunciada, que aumenta con los movimientos, cuyos síntomas unidos á la falta de trastornos tróficos y de desórdenes sensitivos, revelan la existencia de una tabes dorsal espasmódica que principió con el ataque de alcoholismo.

Al segundo enfermo le ví hace dos años. En los antecedentes de familia figura el tener una hermana epiléptica. Era alto, fuerte, de brazos más largos de lo normal, facciones duras, chato, frente corta, naciendo el pelo á poca distancia de las cejas, oreja con el hélix sin reborde y prominente el lóbulo de Darwin, y todo esto unido á un carácter desigual, irascible y de pocas palabras. Siempre fué aficionado á la bebida, pero desde dos años antes bebía bastante más y sobre

todo aguardiente. Sufrió una infección gripal, y ya en la convalecencia fué atacado de delirium tremens apirético. Yo le asistí desde el principio de la fiebre gripal, cuya temperatura no pasó de 39 grados, restituyéndose á la cifra normal á los cinco días y empezando el delirio dos días después. Este ataque se presentó con el cortejo ordinario de síntomas y al tercer día se pudo contener, sin duda por haber vencido el insomnio mediante el trional á la dosis de dos gramos y medio por noche, y durante el día ocho gotas de tintura tebáica cinco veces al día. La primera noche que durmió fué cuando al siguiente día despertó sin la exaltación, pero melancólico y delirante, quedando ya sin esto á la mañana siguiente, después de pasar la segunda noche en sueño sosegado.

Considero interesantes las dos siguientes notas clínicas de delirio alcohólico agudo. Los dos casos recaen también en individuos predispuestos. Una de ellas se refiere á una vendedora ambulante aficionada al aguardiente y al vino, aunque sin gran exageración. Cayó en cama con reumatismo agudo y después del cuarto día de tratamiento en que cedieron los dolores y la fiebre mediante el empleo del salicilato de sosa, á las cuatro de la madrugada despertó dando gritos, diciendo que prendieran á un hombre que había en un ángulo de su habitación y que intentaba llevarse un saco de dinero que allí había, traido por ella de Aranjuez, la noche antes. Cuando yo la ví, que fué á las cuatro de la tarde del mismo día, refería con gran tranquilidad detalles de como ella había adquirido aquel dinero y como se apercibió del robo que intentaban efectuar. La dí gramo y medio de somnal, con lo que durmió aquella noche y á la mañana siguiente despertó bien, recordando su delirio anterior y mostrándose avergonzada por haber dicho tanta tontería. Pues bien; esta enferma en su juventud había padecido ataques epilépticos seis años, tenía estravismo y muy hundida la bóveda palatina.

La otra se refiere à un sujeto de cuárenta y tres años, que vino á Madrid con motivo de las fiestas de la coronación del Rey. Por la gran aglomeración de gente que entonces había, no encontró sitio donde hospedarse la primera noche, por lo que ya de madrugada, cansado de tanto vagar por las calles, entró en un café en donde se quedó dormido. Al poco tiempo despertó con exaltación y con terror extremado, salió precipitadamente del café y al primer guardia que encontró le rogó que le amparara porque le querían robar y matar. Huyendo de sus imaginarios perseguidores, se fué á la estación del Norte y aprovechando el primer tren salió de Madrid, pero ya en marcha vió en el coche también á sus perseguidores y al llegar á la primera estación,

que fué Pozuelo, sin esperar á que el tren parara se tiró á otro tren que venía hacia Madrid. Se apercibieron los representantes de la autoridad y ya vigilado por ellos le llevaron al Gobierno civil y de aquí al departamento de dementes del Hospital General.

Cuando ingresó, se hallaba bajo la influencia de una gran exaltación panofóbica, é indudablemente con alucinaciones auditivas y visuales de orden terrorífico. El ayudante de guardia le dió dos gramos de trional, con lo que durmió bastante bien aquella noche, despertando tranquilo, pero decaído y medio confuso, mas al otro día ya estaba del todo despejado, recordando casi todo lo sucedido. Fué dado de alta al cuarto día de haber ingresado.

De este enfermo no tengo más antecedentes que el de que su padre falleció en un manicomio.

En estos dos casos de delirio agudo, se vé que en ambos se trataba de sujetos predispuestos, que es lo que aquí me interesa principalmente consignar, y ya de pasada diré que en los dos el delirio apareció indudablemente después de una pesadilla (sueños de Lasègne); pues la primera, pobre y enferma, soñaria con el dinero que le faltaba en absoluto, y el segundo, temeroso de ser robado, como cree todo forastero que llega á una gran población, mientras dormía, su imaginación daría cuerpo á esa idea. Tanto en estos dos casos, como en el segundo de los citados de *delirium tremens*, se vé la gran importancia del empleo de los hipnóticos para la curación de tales estados, pues con el sueño sobrevino el completo restablecimiento.

Dos hermanos, con antecedentes psicopáticos directos, uno medio imbécil y el otro con la organización de un epiléptico, toman afición á la bebida por ser su padre cosechero, ingresando el primero á los veinticuatro años en un manicomio, en estado de demencia precoz, y sufriendo el otro varias crisis de delirio violento, tanto que alguna de ellas tomó la forma descrita por Krafft-Ebing con el nombre de *manía gravis potatorum*. A este último, por estos accesos delirantes, la familia se vió precisada á recluirle varias veces en distintos manicomios; y en una ocasión, con una navaja de afeitar que se había agenciado, casi degolló al digno médico del establecimiento. Los dos eran degenerados y sufrían distintas formas de locuras tóxicas.

Otro alcohólico mató en Madrid á su compañero de trabajo por celos infundados; ya con anterioridad y por el mismo motivo había prohibido la entrada en su casa al aguador y al carbonero (delirio alcohólico de infidelidad conyugal); tenía antecedentes vesánicos, siempre fué raro, y, antes de adquirir el vicio alcohólico, de tres hijos que

tuvo, dos murieron de meningitis y el que vive es un incompleto mental.

Otra mujer que, por ser una desequilibrada, se separa de su marido y empieza una vida libre, entregándose á la bebida de una manera desenfrenada. En el trascurso de tres años sufre varias crisis delirantes de carácter maniaco. La ví en el departamento de dementes del Hospital General, en donde había ingresado por orden gubernativa, siendo con esta la tercera vez que había estado, y todas por la intervención de la autoridad civil, debido á escándalo público.

En este mismo sitio ví á otro loco alcohólico, que por haber sufrido varios accesos de perturbación psiquica con delirio incoherente de fondo persecutivo y muy alucinado, ha estado recluído dos veces. Este enfermo presentaba aspecto imbeciliforme y á su escasa inteligencia iba unida una gran perversidad moral, pues ya á la edad de ocho años prendió fuego á su casa y quiso después matar á su padre. A los doce años empezó á hacer vida de vagabundo y con ella comenzó el vicio alcohólico.

Tres enfermos de malancolía alcohólica: dos lo eran de melancolía simple con astenia pronunciada, y en ellos la tristeza y la impotencia intelectual aumentaba después de los excesos, El otro era un melancólico sin ideas delirantes también, pero con gran sensiblería y con fuertes accesos angustiosos, sobre todo, en los días siguientes á los excesos báquicos. En los tres existían estigmas somáticos y psíquicos de degeneración, que no detallaré por no hacer pesado este trabajo.

Un individuo, alcohólico inveterado, conductor de tranvía, sin que se hubiese notado en él nada anormal, á no ser un fuerte vértigo que sufrió el día anterior, estando en su trabajo tuvo que parar el tranvía por pasar por la calle una procesión y de repente se bajó de la plataforma del coche en que se hallaba, y se arrodilló enmedio de la calle, diciendo á voces que era Dios. Al ver que la gente se reía se enfureció de tal suerte, que tuvieron que sujetarle entre varios hombres. Con esta fuerte exaltación siguió dos días, quedando después tranquilo y con delirio de grandezas sistemetizado, pues según me dijo la familia, se dedicaba é buscar palacios en donde instalarse. Así continuó tres meses entrando á continuación en un período de estupor melancólico; pasó en cama dos meses seguidos, y una mañana, á un descuido de la familia, se levantó, salió á la escalera y se tiró desde el cuarto piso en que vivía, sin que afortunadamente se hiciera lesión alguna grave. Decía que era Dios y que, como él, tenía que dar hasta tres caídas. Después mejoró hasta el punto de ofrecer las apariencias del estado normal, pero volvió á recaer al poco tiempo, reapareciendo el delirio de

grandezas y en un viaje que con él emprendió la familia para trasladarle á un pueblo inmediato, se tiró del tren en marcha. Al día siguiente le vi en el departamento del hospital general ya tranquilo, con delirio de grandezas y expresión pueril, considerándose el protector de todos los que allí había. Presentaba el cuadro de la forma expresiva de la pseudo-paralisis alcohólica.

La anamnesia la expondré en cuatro palabras: pertenecía á una familia de neuróticos; su carácter había sido raro y violento y había tenido siempre gran propensión al delirio, pues bastaba la más ligera fiebre para que se presentaran los desvaríos. A los diecisiete años estuvo quince días sin conocimionto y en estado comatoso con motivo de una contusión en la cabeza.

Estos casos y algunos más que podría citar y que forman el material clínico de mi observación de las llamadas locuras alcohólicas, prueban lo que dejo dicho al principio, esto es, que para que en los alcohólicos se produzcan estados delirantes, no basta el alcoholismo solo, si no que es preciso también que el sujeto alcoholizado tenga predisposición al delirio.

Formada en general esta familia por los predispuestos, por los simplemente hereditarios vesánicos, por los neurósicos y por los degenerados, con ó sin herencia psicopática, al contingente de las locuhólicas, en su gran mayoría, sale de los de este último grupo, y sucede así, porque á la vez que los disgenésicos cerebrales son entre los predispuestos, en los que existe más dósis de predisposición, figuran tales individuos en mucha mayor proporción dentro de este grupo de alcohólicos predispuestos.

Y no es que yo crea que el alcoholismo ordinario está exento de perturbaciones psíquicas, pues puede ofrecer, como ya dejo dicho, el cuadro mental ordinario del alcoholismo crónico, que en sí tiene bastante de vesánico, y la demencia final. Esta demencia, que en semejantes circunstancias aparece tardiamente, suele casi siempre empezar despues de uno ó varios ataques apopléticos ó epileptiformes, y como al cuadro demencial se unen los trastornos motores del alcoholismo muy avanzado (temblores generalizados, paresias, etc.), resulta un conjunto sintomático que tiene bastante parecido con ciertas formas de la parálisis general. Es la modalidad demencial de las llamadas pseudo-parálisis alcohólicas.

Locuras sifilíticas.

El extenso campo de la infección, considerado en general, nos ofrece entre sus heterogéneas manifestaciones vesanias diversas, cuya patogenia debe, en mi opinión, ser referida á las líneas morbígenas peculiares de la infección correspondiente. La grippe, la fiebre tifoidea, etc., pueden dar lugar, ya durante su evolución ó en la convalecencia, á psícosis en cierto modo indeterminadas, por cuanto no ofrecen una fisonomía que les sea propia. La sífilis puede ocasionar de igual manera estas locuras comunes, pero determina además enagenaciones mentales, cuya modalidad nosológica ofrece cierto grado de individualización. Como me he de ocupar solamente de las locuras determinadas por esta infección, lo haré tratando primero de la intervención de la sífilis en el desarrollo de estados psicopáticos ordinarios; luego de las psícosis sifilíticas propiamente dichas, ó sea las determinadas por encefalitis específicas, y por último, de las relaciones de la sífilis con la parálisis general.

De la sífilis actuando como causa común.

En los sujetos afectados de sífilis, aparte de las psícosis propias de esta infección, de las que á continuación nos ocuparemos, surgen trastornos vesánicos de todo género, sin que, en buena doctrina clínica, deba considerarse, á la primera, causa de los segundos, pues ni la frecuencia de tales psícosis es mayor en los individuos sifilíticos, ni el cuadro sintomático, ni la evolución del proceso ofrecen nada de especial: se trata de una simple coexistencia, y por lo mismo la sífilis en sí en nada interviene en su aparición, ya que, como dejamos dicho, iguales padecimientos vesánicos y con igual frecuencia se ven en los sujetos que no padecen semejante infección.

No obstante, hay una fase de la sífilis en la que parece ejercer esta enfermedad una influencia bastante manifiesta en el desarrolo de estados vesánicos. Me refiero á los primeros tiempos del período secundario, en los que, como dice Fournier, crea la sífilis un estado de sufrimiento general del sistema nervioso que da lugar á diferentes trastornos de orientación distinta según las condiciones de cada individuo, siendo estos principalmente de orden histérico ó neurasténico, los cuales se hallan admirablemente descritos por este autor en su excelente obra «Afecciones parasifilíticas». Pero, aparte de estos neurosis (no habla de trastornos vesánicos) que este Profesor ha visto presentarse en este momento del curso de la sífilis, yo he observado además,

que durante esta fase de la infección aparecen en sugetos psíquicamente degenerados, exacerbaciones de lo que constituye en ellos el estado mental habitual y hasta la presentación de otras anomalías psíquicas y aun de desarreglos delirantes en estos mismos enfermos, y he visto esto con tanta frecuencia que por el solo hecho del número ofrece grandes probabilidades à favor de la intervención etiológica en mayor ó menor grado del factor sifilítico; así pues, la aparición de semejantes desarrollos vesánicos en ésta época de la sífilis no se debe atribuir á simple coincidencia, pues la concentración numérica con que se presentan hace pensar que estos hechos están fuera de lo que podríamos llamar casualidad y que deben explicarse por supeditación etiológica,

Respecto del primer extremo, ó sea el de la agravación del llamado estado mental ordinario del degenerado, sintéticamente diré, que consiste en una evidente acentuación de las deficiencias ó desarreglos psíquicos, tanto intelectivos como morales, de su situación mental preexistente, y en la posible aparición de otros estigmas propios también de estos enfermos, tales como obseciones, fobias, impulsiones, trastornos sensoriales, etc., si es que no existían ya. Sirvan de ejemplo los enfermos siguientes:

N. N., de treinta y tres años de edad, fué siempre psíquicamente anormal, sobre todo en la esfera de sus sentimientos: en su familia existieron varios dementes: contrajo la sífilis á los veintidos años y una vez que se generalizaron las manifestaciones de esta infección, comenzó á notarse acentuación de su estado psicopático; se hizo altamente orgulloso, considerando las condiciones de los demás como inferiores á las suyas y no veía dificultad en la realización de ningún plan aunque al llevarlos á la práctica todos le resultaban mal. Hace ocho años que se desarrolló este estado y en la actualidad sigue lo mismo, pues ni los fracasos, ni las enemistades que á diario se buscaba, ni el tratamiento empleado, han modificado nada su estado mental. La precedente observación he podido realizarla con toda amplitud por venir visitando al enfermo desde antes que contragera la sífilis.

N. N. de veintisiete años de edad: le vi hace dos años en la Policlínica del Refugio, y desde entonces seguí tratándole hasta Julio último en que se ausentó de Madrid. Hijo de epiléptico, y él también había sufrido en la infancia varios ataques convulsivos de la misma naturaleza que después no volvieron á presentarse. Ofrecía estravismo convergente; el nivel de su inteligencia era inferior al normal; de carácter desconfiado y sumamente irritable. A los veintidós años adquirió una sífilis, cayendo en cama al poco tiempo con fiebre, cefalalgia intensa y dolores osteócopos, por espacio de bastantes días. A la

sazón se hizo mayor la irritabilidad, hasta el punto de no tolerar el enfermo la contrariedad más ligera. Pero lo más notable fué la presentación de alucinaciones psicomotrices y el trastorno sensorial también, llamado eco del pensamiento; sabe que sus concepciones son erróneas y sin embargo no las rechazaba, pues pasaba todo el día en conversación con una voz que decía le salía del vientre, y dejó de ir á la oficina por creer que sus compañeros sabían todo lo que él pensaba. Tal era su estado á raíz de la presentación de los accidentes secundarios de la sífilis, y así continuó hasta que dejé de visitarle. Lo único que mejoró fué en su memoria, pues al principio estaba muy debilitada.

Aparte de los desarreglos que dejo indicados, los cuales revelan simplemente aumento del llamado estado mental de los degenerados, y de la persistencia de semejante exacerbación, pues como vemos continuaba después de ocho años en el primer enfermo y de dos en el segundo, pueden presentarse también en estos individuos crisis delirantes de diversas formas.

Citaré en comprobación de este hecho dos interesantes casos.

En Julio último fuí avisado para asistir á un enfermo á quien el distinguido sifiliógrafo Sr. Bombín le estaba tratando desde unos días antes la infección sifilítica que padecía, la que contaba ya cuatro meses de fecha. Este individuo estaba calvo desde los catorce años; siempre fué raro en su trato, escrupuloso en extremo y muy aprensivo; tanto que, sólo por esta circunstancia, dejó de ejercer su profesión de médico. Se hallaba en pleno delirio hipocondríaco, pero sin referirse en sus desvaríos á la sífilis que padecía. El delirio ofrecia gran variabilidad dentro de la misma forma, unas veces creía que estaba todo congestionado; otras que tenía las piernas hinchadas y que por esto no podía andar; después no quería dormir por temor á caer en un profundo colapso y de que le consideraran muerto; creía que su cuerpo arrojaba un agüilla que olía á alcanfor, habiendo nacido esta idea delirante de haber tomado equivocadamente media cucharada de un líquido que tenía una corta cantidad de esta substancia, creyendo además que estaba envenenado y que su aliento exhalaba este mismo cuerpo, el que intoxicaba á cuantos se hallaban à su alrededor, por lo cual mandaba que se separasen todos de su lado y llevasen á su esposa al hospital por suponerla gravemente envenenada.

Por las referencias que pude recojer, semejante estado empezó al segundo mes de la infección sifilítica, iniciándose por tristeza á la que siguieron las ideas delirantes hipocondríacas. La observación de este

enfermo fué muy breve, pues á los seis días del en que fuí á su casa, se trasladó á su país, y no he vuelto á saber nada de él.

N. N., de treinta y cinco años, con antecedentes individuales que revelaban desequilibrio mental, tenía desde niño, aunque no recordaba la fecha con precisión, una paralisis completa del motor ocular común derecho, trastorno que según dijo el enfermo padecía otro hermano suyo. Adquirió la sífilis, y al poco tiempo comenzaron sus desvaríos, emprendiéndola principalmente contra su novia, con la que ya estaba en relaciones antes de la infección y con la que hasta entonces se había llevado bien. Creía que la sífilis le había sido contagiada por su novia, cuyo honor aseguraba haber él mancillado materialmente, citando hechos en demostración de este aserto y objetivando estas ideas al extremo de afirmar que en muchas ocasiones había cohabitado hasta tres y cuatro veces.

La novia, en vista de lo que el paciente decía y de su gran exaltación, que aumentaba al negarse ella á darle recursos para curar su mal, se negó á seguir las relaciones, y él, desesperado, la amenazó de muerte, y por fin lo ejecutó disparándola dos tiros. En la autopsia se hallaron íntegros los signos de la virginidad y falta completa de toda manifestación sifilítica.

Esta interesantísima historia clínica ofrece rasgos trágicos sobre un fondo de reparación moral de una grandiosidad conmovedora; la reparación consiste en la averiguación de la virginidad de la pobre víctima, y lo trágico en el asesinato ocasionado por el extravío mental del enfermo y en el injusto castigo que éste sufre, pues se halla en presidio por no haber apreciado el Tribunal en su debido valor las circunstancias eximentes que concurrieron en éste desgraciado, á quien ví en su prisión y formé juicio de que se trataba de un degenerado con delirio alucinatorio, y cuya presentación coincidió con la generalización de la infección sifilítica que padecía.

Podría citar más ejemplos tomados de mi práctica, pero basta con los expuestos para demostrar lo que dejo dicho, ó sea, que la sífilis en los comienzos de su segundo periodo, es capaz en los degenerados de avivar los estigmas psíquicos que ya existian, provocar otros de índole parecida y despertar estados delirantes. Estos individuos, antes de que se acentuara la perturbación mental, quizás eran simples desequilibrados, pues ninguno de los trastornos que anteriormente ofrecieron, tenía suficiente significación más que para considerar al sujeto psíquicamente en los límites del horizonte de lo vesánico; en cambio, después del incremento puede ser el trastorno de tal entidad, que á veces se ven las familias obligadas á recluirlos en un manicomio,

como sucedió con un enfermo de las condiciones que dejo indicadas, que ingresó en el manicomio del eximio alienista D. José Ezquerdo, y del que por cierto salió curado á los tres meses del estado maníaco que sufría.

Tal vez pueda la sífilis provocar perturbaciones psíquicas, no ya sólo en los individuos degenerados, sino en los simplemente predispuestos, pero yo no he visto más que lo primero; si bien es verdad que la inferioridad cerebral ó el desequilibrio mental era en algunos tan poco manifiesta, que á primera vista parecían gozar de la integridad de su inteligencia, pero un examen atento de sus facultades intelectuales y morales, junto con los estigmas somáticos, me reveló la existencia de la disgénesis cerebral.

La sífilis obra en estos casos como causa común en tanto que nada específico crea; es decir, que las perturbaciones que aquí determina, sobre no tener ningún carácter clínico especial, pueden ser ocasionadas además por otras causas; la infección sifilítica da lugar en semejante fase de su evolución á estas perturbaciones que desde el punto de vista nosológico deben considerarse de índole común, de igual manera que pueden surgir otros desórdenes nerviosos, como la neurastenia y el histerismo sin trastorno vesánico.

El *como* de la intervención de la sífilis en estos casos no es fácil de averiguar, pues la patogenia se halla frecuentemente envuelta en impenetrables sombras; pero, como á falta de la verdad comprobada, es aceptable la verdad supuesta, y la práctica por otra parte, tiene exigencias doctrinales apremiantes que es preciso satisfacer en lo posible, justipreciaré las hipótesis que pueden formularse respecto del particular.

De tres clases pueden ser estas influencias patogénicas de la sífilis: *emotiva*, *anémica* y *lesional*.

Indudablemente en los primeros tiempos de la sífilis existe, en la generalidad de los casos, un estado emocional muy acentuado, principalmente después de la presentación de los síntomas de infección general, y sucede así, porque entonces es cuando, en las más de las veces, queda confirmada la existencia de la tal infección, cuando el enfermo además sufre las primeras molestias generales del padecimiento adquirido (placas mucosas, cefáleas, fiebre, dolores osteócopos, etc.), entonces quizá con más vehemencia, y también porque á la vez se exteriorizan sus manifestaciones (exantemas, etc.) que hacen visible la enfermedad que el enfermo bien quisiera ocultar.

Todas estas circunstancias crean una situación moral aflictiva que obrando como toda sacudida emocional, puede ser la causa determi-

nante del conjunto de las alteraciones psiquicas que en esta fase de la sífilis se presentan, ó por lo menos intervenir como causa coadyuvante.

La influencia de la *anemía* sobre los centros nerviosos debe referirse á lo deficiente de la nutrición, pues una de las circunstancias indispensables para que la célula nerviosa desarrolle su actividad normalmente, es que el riego sanguíneo ofrezca las condiciones fisiológicas, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

Es, pues, indudable la intervención de la anemia, ya que en esta fase de la sífilis es cuando semejante alteración de la sangre se halla en su apogeo; pero he de hacer constar que aparentemente no se presente la anemia en el primer caso que he descrito, el que observé desde el principio de la infección.

Por último, el factor *lesión*, si nos referimos á las alteraciones ordinarias de la sífilis, no es aquí admisible, toda vez que en esta época de la enfermedad no se manifiestan lesiones específicas en el cerebro; pero bien pudiera tratarse de alteraciones celulares íntimas imposibles de apreciar con nuestros actuales medios de investigación, determinadas por la infección sifilítica, que en estos momentos se expresa con gran viveza y que daría por resultado el trastorno funcional de dichos elementos, y por consiguiente á las neurosis, desórdenes mentales y demás síntomas nerviosos tan frecuentes en esta fase de la sífilis.

Psicosis sifilíticas propiamente dichas.

Estas enagenaciones reconocen por causa á la sifilis y son siempre determinadas por lesiones cerebrales específicas. Las psicosis de este orden, por responder á lesiones sifilíticas de índole terciaria (gomas, esclerosis) son siempre manifestaciones tardías de esta infección, excepto en algunos casos, en que por ser el cuadro lesional cerebral originado por las consecuencias de una arteritis sifilítica (hemorragias, obliteraciones vasculares con reblandecimiento cerebral consiguiente), pueden algunas veces declararse con anterioridad á la presentación de este tercer período. No me detendré en el estudio de estos procesos, pues ninguna utilidad podría reportar el que transcribiera yo aquí los datos que la ciencia tiene coleccionados, toda vez que son conocidos por cuantos á esta especialidad se dedican. Mi experiencia personal basada en la observación de bastantes casos, (aunque solo en el terreno clínico, porque en España es imposible efectuar investigaciones necrópsicas respecto de las vesanias), corrobora lo que podemos considerar como clásico en Medicina; no obstante, he observado algu-

nas particularidades dignas de mención que consignaré aquí, así como el concepto general que de estas vesanias he formado, pues son elementos que arrojan alguna luz en este importante estudio.

Los principales síntomas que concurren á formar el cuadro clínico de las sifilo-psicosis pueden agruparse en los tres órdenes de manifestaciones siguientes desarreglos psíquicos, que corresponden al llamado estado demencial; desórdenes delirantes y trastornos de la motilidad. De estos diferentes sindromes la demencia es el más frecuente y característico, el delirio suele faltar, y los desórdenes motores, aunque no forman parte del cuadro mental, constituyen por su frecuencia y significación valiosos signos para fundamentar el diagnóstico de estas psicosis.

Demencia.—Tan á menudo se observa este sindrome mental, que se le ha llegado á considerar como expresión clínica constante, lo cual no es aceptable, pues falta alguna vez, si bien muy excepcionalmente. Citaré en demostración de este aserto un enfermo, del que luego me ocuparé con más detalles, que después de cuatro años de paralisis del motor ocular común, que es signo muy característico de sífilis cerebral, y de delirio que surgió simultáneamente, no existía el menor indicio de estado demencial. Este caso es muy interesante, ya que por la antigüedad se podría suponer que se hallaba el padecimiento totalmente constituído, y que por lo tanto se trataba de una psicosis sifilítica sin demencia.

No es solo la constancia lo que dá valor á la demencia como sindrome importante de la sífilo-psicosis, sino que se lo dá también el ir sola en la generalidad de los casos, constituyendo por sí misma, sin la existencia del delirio, todo el cuadro mental de la vesania que nos ocupa, y esto aún desde el principio del padecimiento; siendo su grado muy variable, pues abarca desde la simple decadencia psíquica hasta el completo aniquilamiento de la vida intelectual; y en cuanto á sus carácteres intrínsecos, no presenta esta demencia matices lo bastante especiales para diferenciarla por sí de los demás trastornos demenciales, pero sí ofrece algunos rasgos, que, aunque aislados no tienen gran valor, cuando están asociados, la revisten indudablemente de cierta individualidad. Estos rasgos son:

1.° *El ser siempre primitiva*, pues aún en los casos excepcionales en que este desorden psíquico no aparece desde el principio del padecimiento, sino después de un período simplemente delirante, aún entonces, nace también independientemente y no como terminación de este delirio en sí. Si otra razón fundamental no hubiera, como es la de derivar del fondo lesional orgánico de la enfermedad, bastaría para demostrar esto último, el tiempo que media entre la aparición del de-

lirio y la presentación de la demencia, que es insuficiente para que pueda atribuirse el desarrollo de la impotencia cerebral á la evolución propia de todo estado delirante. Estas pequeñas dudas desaparecen en los casos, que son la gran mayoría, en que el síndrome demencial surge al empezar el padecimiento vesánico. Es, pues, una demencia de causa directa y responde á la naturaleza orgánica de esta afección cerebral.

2.° *El ser generalmente incompleta.* La ineptitud psíquica que se observa no suele afectar ya por igual á todas las facultades, siendo la memoria la que más suele sufrir. Esta amnesia constituye en muchos casos el trastorno mental más saliente y afecta al recuerdo no sólo de los hechos de momento si no también á los de fecha antigua. Así uno de mis enfermos, en el que el padecimiento sifílitico cerebral se fué expresando por una hemiplegia de desarrollo lento á la par que su inteligencia se iba también debilitando progresivamente, llegó al cabo de dos meses á una situación de paralisis bastante acentuada del lado izquierdo y de falta absoluta de memoria, pues no solo no recordaba nada de lo anterior á su padecimiento, si no que olvidaba el nombre de sus hijos, el de la calle en que vivía y aún el leer y escribir que antes había hecho con bastante corrección. Nada de lo hecho en el día anterior recordaba. Hoy, después de cinco años de padecimiento, está mucho mejor de la hemiplegia, pero de la memoria sigue casi en igual estado. En cambio desde el principio el juicio y la comprensión están, aunque debilitados, en una situación bastante mejor que la memoria.

Otras veces estos trastornos más ó menos absolutos de la memoria no son más que parciales, esto es, que no alcanzan á todas las manifestaciones de aquella facultad, si no que quedan reducidos á un solo orden de cosas.

En efecto, aparte de lo citado por algunos autores sobre esto, yo he tenido ocasión de ver á un individuo, oficial de una Notaría, sifílito desde los diez y seis años, quien á los veintidos, después de un período de dolores de cabeza, vértigos, cambio de carácter, etc., ó sea el cuadro de la fase inicial de la sifílis cerebral, sufrió dos accesos apopléticos, quedando con hemiplegia muy acentuada, acompañada de demencia completa, de todo lo cual fué mejorando; á los dos años del accidente paralítico presentaba bastante debilidad intelectual, resultando sobre todo la falta de memoria para el hecho concreto de las operaciones aritméticas; no podía hacer ni aún la suma si llegaba ó pasaba de tres sumandos, aún cuando fueran números pares de los más bajos.

Pero la falta de memoria no constituye un carácter constante de estas demencias, si bien existe en la mayoría de ellas; pues yo he visto en el Manicomio Ezquerdo á un enfermo sifilítico desde los diez años, y cuya infección fué poco tratada; el cual, á los diecinueve de edad, y al mes de venir de Archena, una mañana, al despertar, se encontró con el habla entorpecida, sin más manifestaciones paralíticas. A partir de este hecho, y en el intervalo de un año, tuvo siete ataques epiléptico-apopletiformes. Quedó hemiplégico después del tercero, y con completa impotencia motora general después del quinto. Cada ataque le determinaba más apagamiento intelectual, y ya, después de los últimos, quedó su inteligencia completamente anulada. Cuando yo le observé habían mediado cinco años desde el último acceso y le encontré con el cuadro general de la demencia, con excitación genésica muy acentuada y con la hemiplegia izquierda en un grado que le permitía andar y valerse de su mano, aunque con dificultad. Después del último ataque empezó á mejorar con lentitud, física y psíquicamente, y al año ya estaba como cuando yo le ví, estacionándose el padecimiento, aunque tomando más incremento el furor genésico, que ofrecía un grado tal, que en cuanto tenía ocasión abusaba solitariamente, ya que otros otros actos no podía ejecutar por encontrarse en el Manicomio, y que es lo que principalmente motivó su ingreso en este establecimiento. En medio del estado de simpleza mental en que se hallaba, recordaba, por ejemplo, las fechas de la mayor parte de los incidentes relativos á su padecimiento, así come hechos diversos. Semejante persistencia de la memoria daba á la demencia de este enfermo el carácter de incompleta, toda vez que coexistía con el completo apagamiento de gran parte del funcionalismo intelectual.

3°. Otro caracter de este síndrome demencial, es que generalmente suele existir sin que el individuo pierda la conciencia de su estado toda vez que apesar de su impotencia intelectual, de su ineptitud para las operaciones mentales suelen darse perfecta cuenta de su situación en la mayoria de los casos. Claro que algunas veces por las condiciones de la demencia en si y las mas por ir esta asociada, como veremos, á desórdenes delirantes, se borra en la conciencia del sugeto la nocion de su anormal estado mental, existiendo entonces no solo deficiencia intelectiva, si que también verdadera perturbación psíquica. Entre los casos comprendidos en la primera de estas dos variedades y que hacen por lo tanto excepción á la regla general antes indicada, citaré á un enfermo que hace dos años vi en la consulta del Refujio, cuyo padecimiento llevaba año y medio de fecha. Tenia cuarenta y cinco años adquirió la sifilis á los treinta y siete, y en este interva-

lo no sintio más que al principio molestias por dicho mal. Cuando le ví presentaba paralisis completa de la pierna derecha y ligera paresia del brazo de dicho lado y psíquicamente ofrecia el cuadro avanzado de la demencia, hallándose además en completo estado de inconsciencia.

En este caso, como digo, la inconsciencia era completa y lo fué desde el principio de la enfermedad, pues el paciente, que era sargento de la Guardia civil encargado de la Comandancia de un puesto, no se dió cuenta de su estado hasta el punto de que el primer aviso que tuvo la familia de la enfermedad que emperaba, fueron las medidas que tomó el capitán Jefe de la Sección correspondiente, en vista de la incoherencia de ideas y falta de palabras que observaba en los escritos que aquel le mandaba. Después empezó á notar debilidad de la pierna derecha, que con la demencia se fué acentuande progresivavente, y á los cinco meses empezó la falta de fuerzas en el brazo del mismo lado. En ninguna época presentó desórdenes delirantes.

Delirio—Si la demencia forma el trastorno psíquico fundamental de las vesanias sifiliticas, el delirio constitnye solo un síndrome accesorio de ellas, que suele faltar en la generalidad de los casos segun he tenido ocasión de observar. Algunas veces estos desarreglos delirantes inician el cuado mental de las sifilopsicosis, presentándose solo al principio del padecimiento, para luego ceder su lugar ó marchar coetáneamente con la demencia. En otros aparece episódicamente en el curso del estado demencial durante un periodo de tiempo en extremo variable. Se presenta excepcionalmente en los casos en que el sindrome motor es la hemiplegia (sifilis cortical) y con más frecuencia cuando el trastorno paralítico afecta á los nervios craneales (sifilís de la base).

Esto por lo menos es lo que yo he visto. Semejante delirio no reviste caracteres especiales y puede presentar, dentro de los comunes, aspectos clinicos muy variados. Unas veces el desórden delirante es el general é inconexo de la mania, que puede llegar por aumento de intensidad hasta el *delirium acutum.* En otros las ideas se expresan con relativa coordinación, consistiendo en concepciones delirantes y generalmente de indole megalomaniaca ó persecutoria, y casi siempre estas últimas de base alucinatoria. Pueden en otros revestir el cuadro sindrómico de la melancolia y generalmente con ideas delirantes de órden hipocondríaco.

Según dejo dicho, el delirio existe con bastante frecuencia asociado á la demencia, formando lo psíquico de esta enfermedad. El delirio sólo, esto es, sin la demencia, es raro y únicamente se le admite

como transitorio al principio de la dolencia y nunca como formando lo exclusivo de lo vesánico de la sifilo-psicosis en toda la evolución del padecimiento. Sin embargo, citaré como caso excepcional á un individuo de antecedentes sifilíticos bien marcados, que á los nueve años de infección, después de un período de dolores de cabeza y de flojedad general, amaneció un día con parálisis incompleta del motor ocular común derecho, iniciándose entonces un cambio en su manera de ser, pues se desarrolló lentamente un estado de excitación maníaca con interpretaciones delirantes é ideas vagas de persecución, llegando al poco tiempo á constituir éstas un verdadero delirio sistematizado. De esto hace ya cuatro años, y, sin embargo, conserva vigor físico y mental, es decir, no ofrece el menor vestigio de demencia. El tiempo transcurrido hace creer que no se trata de un período preparatorio de vesania sifilítica, sino de esta enfermedad ya constituída. El diagnóstico, fundado en el antecedente sifilítico, en la fase inicial y en el síndrome motor que acompaña desde un princípio al trastorno psíquico, no deja lugar á duda de que se trata de una encefalitis sifilítica, que á la vez que desórdenes motores de foco, ha determinado también un estado delirante sin fenómenos demenciales. Vino á mi consulta del Refugio, con el fin de que le tratara por la electricidad su parálisis ocular, pues la caída del párpado y la dirección del globo ocular hacia arriba y afuera le impedía ver. Cito este caso, porque le creo muy impor ante, ya que generalmente son negadas las psicosis sifilíticas con sólo sindrome mental delirante.

Trastornos motores.—Estos desórdenes tal y como se presentan en las psicosis sifilíticas, pueden todos ellos existir aisladamente como expresión de sífilis cerebral sin manifestaciones vesánicas. Esto se halla admitido por todos, pero hay un trastorno motor, el de la epilepsia sifilítica, el cual, generalmente, se cree que va unido siempre á un desórden mental de caracteres especiales. Pues bien, puedo asegurar que esto no sucede todas las vecés, sino que puede existir aquélla sin desarreglos psíquicos. En efecto, un individuo sifilitico que no se había sometido á tratamiento alguno, empezó á sufrir hace cerca de dos años accidentes de epilepsia parcial, que primero afectaban sólo á la pierna derecha, después se extendieron á la pierna y brazo del mismo lado, y, por último, interesaron también la cara. Ya en esta situación, el acceso, como siempre, comenzaba por la pierna derecha, y aunque alguna vez quedaba limitado á ella, lo regular era que las convulsiones ganaran el brazo y la mitad de la cara del mismo lado, sin que durante estos ataques hubiese alteración de la conciencia. Últimamente, en dos de estos paroxismos, las convulsiones se ge-

neralizaron ganando el otro lado del cuerpo y perdiendo, durante ellos el conocimiento, aunque recuperándole á poco de cesar las convulsiones generales, como en los accesos de la epilepsia llamada esencial. Mediaron entre estos dos ataques quince días, y en este intermedio sufrio también varios de la forma parcial descrita. Desde hace unos meses viene sintiendo flojedad en la pierna derecha, la cual ha ido aumentando, hasta hallarse hoy casi completamente paralizada; pero en los ataques se mueve ésta con la misma intensidad que la izquierda, como si tal parálisis no existiese. Aquí el diagnóstico era claro, á mi juicio, siquiera no pudiera salir de los límites de lo congetural; se trataba de un goma ó de un nódulo esclerósico que comprimía la parte alta de las circunvoluciones ascendentes, cuya compresión sólo determinaba al principio accidentes convulsivos de la extremidad inferior, por ella inervada, y luego probablemente por ser la compresión ya mayor, sobrevino el impedimento funcional, la parálisis del mismo miembro. Sometido este enfermo al tratamiento específico intensivo, no experimentó mejoría alguna, y como la marcha es progresiva y la medicación interna no la contiene, hoy se halla en la sala de operaciones de San Carlos para ser trepanado. Este es un caso de epilepsia sifilítica con completa integridad mental.

¿Pueden existir psicosis sífiliticas sin desarreglos motores? Está demostrado que sí: los hechos clinicos lo prueban y el razonamiento lo deduce, pues el existir sifilis cerebral con solo trastornos motores, demuestra que cuando á estos se asocian desórdenes vesánicos, es por que surgen nuevas lesiones que son las que provocan los sintomás mentales. En confirmación citaré un caso de Cristian. Era un sugeto afectado de encefalitis sífilitica con demencia, sin ningun sintoma motor.

Este individuo, sifilítico de antiguo, padecia hacia algun tiempo accidentes sífilíticos terciarios de localización cefálica, tales como exóstosis del frontal, cefalagia, insomnios etc. El empleo de un tratamiento enérgico (fricciones mercuriales, ioduro potásico) hicieron desaparecer estos fenómenos, pero el enfermo cayó en la demencia que no fué posible hacer desaparecer.

Aquí el diagnóstico de la condición sifilítica de la demencia, aun faltando todo sintoma motor que la evidencia, fué fácil por el conocimiento de la existencia de la sífilis y más por los manifestaciones de la infección que precedieran inmediatamente á la demencia; pero estas facilidades no siempre existen, porque hay que tener en cuenta que el sujeto que sufre tal perturbación psiquica, por su propio estado de incapacidad intelectual, en la mayoria de las veces, no está en-

condiciones de referir los datos que afectan á sus antecedentes patológicos. Este desconocimiento de la existencia de la sífilis indudablemente hace que los casos de solo trastorno demencial por dicha infeccion no se cuenten con más frecuencia. Cuantos conceptuados como simples demencias primitivas serán quizás de origen sifilítico como el que acabo de indicar! Sobre esto me volveré á ocupar al hablar del diagnóstico de las sífilo-psicosis.

Estos desarreglos motores pueden ser paralíticos ó convulsivos y también movimientos temblorosos y trastornos de la coordinación motriz.

Entre los aquinésicos, el más frecuente es el síndrome hemiplégico ordinario, pues el peduncular y el protuberancial no suelen observarse. Puede empezar por ictus (y suele entonces ser debido á alteraciones arteriales) ó desarrollarse lentamente (obedeciendo en la generalidad á neoplasias corticales) pero en uno y en otro caso, una vez constituidos, se los ve con gran tendencia á mejorar tanto á veces que la parálisis desaparece completamente. Asi se describe por los autores la marcha de estas parálisis, y si algún dato más se necesitara, puedo referir dos casos en que he visto confirmado este último extremo, desapareciendo casi por completo las hemiplegias; y más importante todavia es uno de ellos, que después de dos ataques repetidos en el intervalo de dos meses, quedando después del último completamente paralítico del lado derecho, que el primer ataque habia ya paralizado aunque no en tanto grado, á los siete meses, que fué cuando yo le vi, andaba y movia el brazo de una manera normal, solo decia el enfermo que sentia alguna flojedad en dichos miembros, pero nada más. Sin embargo, en este caso los fenómenos demenciales seguían, aunque algo atenuados, bastante salientes para que el enfermo sintetizara en ellos el cuadro de su enfermedad. (Este es el segundo caso referido al hablar de lo incompleto de la demencia, ó sea el del oficial de Notaría.)

Siguen en frecuencia las del motor ocular común, que también pueden llegar á desaparecer, hasta espontáneamente, y mucho más en algunas de sus funciones parciales; después las del motor ocular externo y patético, y por último las monoplegias, que son muy raras y más con carácter de permanentes, pues ocurre, como en un caso que yo he observado, que fué al fin una hemiplegia de desarrollo lento, la cual empezó por la pierna derecha, con cuya sola manifestación paralítica permaneció cinco meses, extendiéndose luego al brazo del mismo lado. Al año de súceder esto último, fué cuando yo le ví y mientras la pierna estaba bastante paralizada, el brazo no se hallaba

más que parésico. (Este enfermo es el Guardia civil de que antes he hablado.)

Las asociaciones paralíticas, pueden presentarse, pero es excepcional.

Pueden aparecer convulsiones, ya en forma de ataques epileptiformes al principio y en el curso de la enfermedad; ya como verdaderos ataques epilépticos que pueden revestir todas las formas del mal comicial, pero principalmente y es el más característico, el jacksoniano. Aquí el desórden vesánico puede ser accesional ó permanente, siendo en este último caso tal y como queda descrito, solo que el delirio suele tomar en algunos carácter muy violento. A la epilepsia sifílitica se la considera siempre muy unida á trastornos vesánicos, como ya tenemos dicho al tratar de los desórdenes motores en general.

En las sifilopsicosis pueden presentarse además desarreglos motores de otro orden, tales como temblores generales y desórdenes en la coordinación motriz, que suelen afectar á casi todos los movimientos incluso á los de la palabra, y en grado distinto según los casos. Estos trastornos motores difusos, unidos al cuadro demencial propio de esta enfermedad, con ó sin delirio, dan lugar á un conjunto clínico que tiene bastante parecido con la paralisis general y por cuya razón viene señalándose con el nombre de pseudo-parálisis sifílitica. En los sujetos en que esto se presenta, casi nunca faltan trastornos paralíticos circunscritos por lesión cerebral en foco y que puede ser cualquiera de los que dejamos descritos. La existencia de estas aquinesias parciales, que no suelen presentarse en la parálisis general, junto con la ausencia de algún signo importante que en esta enfermedad se presenta,- como lo especial del trastorno del habla, el distinto aspecto clínico del conjunto sintomático, que dá á cada uno de estos padecimientos cierto sello especial difícil de describir y su diferente evolución, ya que como diremos después, las sifilopsicosis no tienen por lo regular una marcha progresiva, lo cual es por otra parte tan clásico en la paralisis general, son signos todos que hacen que en la generalidad de los casos podamos hacer el diagnóstico diferencial.

Aquí lo mental viene á ser igual al de las demás sifilopsicosis, variando solo el desarreglo motor difuso que generalmente se adiciona á los trastornos paralíticos descritos; tanto lo psíquico como lo motriz, tienen mucho de común con los que se presentan en la paralisis general, pero más lo primero.

Mairet considera á este estado como una de las formas terminales de toda sífilo-psicosis. Yo por mí diré, que á estas no las he

visto marchar hacia semejante cuadro clínico, aparte de que los casos de pseudo-parálisis por mí observados, se expresaron ya todos ellos con tales caracteres, más ó menos manifiestos, desde los primeros tiempos del mal.

Las psicósis sifilíticas son poco frecuentes, ó por lo menos, diré, que con los elementos de diagnóstico que hoy poseemos se aprecian con muy poca frecuencia. En los manicomios se ven muy pocos casos. lo que en parte es debido, á que como en la mayoría de estos enfermos no existen estados delirantes y si estado demencial, no son enfermos de manicomio; y por esta razón, en los siete años de mi estancia en el manicomio del distinguido frenópata Dr. Ezquerdo, recuerdo poquísimos casos. Los he visto más en la asistencia domiciliaria y mucho más aún en mi consulta pública de enfermedades mentales y nerviosas de la Policlínica del Refugio, á donde vienen principalmente á que les trate por la electricidad sus trastornos paralíticos. El juicio que me ha permitido formar el conjunto de mis observaciones, es que el trastorno mental por encefalitis sifilítica es poco frecuente.

Esta enfermedad, no solo no sigue en todos los casos una marcha fatalmente progresiva hasta terminar con la vida del individuo, como muchos creen que así sucede, sino que sin negar que realmente esto se ve en bastantes, no se observa sin embargo en buen número de ellos. En estos últimos, lo general es, que así que ha alcanzado cierto límite, quede estacionada y más bien se la ve descender, aunque no desaparece por completo. Esto en los casos en que la enfermedad ha venido desenvolviéndose lentamente; pero en aquellos otros, que son los más, en que empieza de una manera brusca después de un ictus apoplético, la demencia como los trastornos motores, alcanzan entonces su máximum después del accidente, no siendo lo regular que avance más en sentido desfavorable, sino al contrario, que vaya mejorando á continuación, aunque, como antes, sin que se restituya por completo la salud. En uno y otro caso, colocadas ya las cosas en esta situación, que significa una verdadera regresión del padecimiento, puede continuar así años y aun toda la vida, sin variar notablemente, debiendo además indicar que en esta remisión no todos los síntomas descienden igualmente, pues suelen mejorar más los desórdenes motores, sobre todo las parálisis, quedando lo psíquico por lo general en peor situación relativamente. En cualquier momento, sin embargo, puede sobrevenir una agravación, pero no suele ser en progresión regularmente ascendente, sino por salto, por nuevo ictus, por ataque apoplético-epileptiforme, en alguno de los cuales puede tener lugar

el fallecimiento. Así he visto individuos sifilíticos, que jóvenes aún, después de un período de sufrimiento cerebral (cefalalgias nocturnas, vértigos, etc.) presentaron, bien á continuación de un ictus ó por desenvolvimiento lento, una hemiplegia y con ella un estado demencial más ó menos acentuado, mejoraron luego hasta quedar la parálisis casi imperceptible, y también la demencia, aunque esta en menos grado, quedando todo así por tiempo indefinido, pasando años en esta situación, como respondiendo á lesiones cerebrales *post sifilíticas* de carácter definitivo, algo así como cicatrices inalterables. Hay que advertir y conviene mucho fijarse en ello, que esta marcha se refiere á individuos á quienes no se había sometido al tratamiento específico.

El diagnóstico puede ser fácil, difícil y hasta imposible. En los casos en que existen trastornos motores de lesión de foco, el diagnóstico será fácil. Pero no todos tienen el mismo valor: los más significativos son las parálisis de los nervios motores del ojo y principalmente la del motor ocular común, la que casi basta por si sola para hacer el diagnóstico de sífilis cerebral; y mucho más si á ello se une el antecedente sifilítico indudable y la existencia de los síntomas de la fase inicial de toda encefalitis sifilítica, período que yo he visto, sin embargo, faltar en más de un caso bien claro de esta enfermedad. Además, el carácter propio de estas parálisis, que por el hecho de ser por lesión del tronco (generalmente á consecuencia de infiltraciones gomosas localizadas en la confluencia sub-aracnoidea de la base) son, ó completas, ó en el caso de que sean disociadas, no tienen la limitación funcional que resulta cuando estas paralisis obedecen á lesión de los centros de donde arrancan los orígenes reales de las diversas partes que componen este nervio.

La hemiplegia, aunque se observa á menudo, tiene en sí poco valor, porque en nada se separa de las ordinarias, y porque las no sifilíticas son también muy frecuentes. Sin embargo, la existencia de los antecedentes dichos, el desarrollo gradual de la hemiplegia, si es que así se ha verificado, y sobre todo si recaen en sujetos jóvenes, son factores que hacen probable su naturaleza sifilítica, y así es que en todos los casos que llevo citados como sifilíticos con hemipleglia, he procurado para más seguridad de que era hemiplegia por sífilis, escoger aquellos que reuniesen las dos primeras y en algunos las tres condiciones.

Las monoplegias y las asociaciones paralíticas tienen gran valor para el diagnóstico de encefalitis sifilítica, pero son muy raras.

Vemos, pues, que los accidentes paralíticos más frecuentes son los que tienen menos valor para establecer el diagnóstico específico. Como

lo primero que debemos averiguar es si el vesánico que se nos presenta padece sífilis cerebral, para afiliar á ella la perturbación, debemos también explorar si existen desórdenes de la visión y examinar el fondo del ojo, porque allí es posible que encontremos datos de gran significación para establecer el diagnóstico nosológico; y esto es tanto más importante, por cuanto semejantes desarreglos no sólo están íntimamente ligados á las alteraciones de los conductores de la base, los cuales se observan muy á menudo por ser, entre otras cosas, muy frecuentes las alteraciones sifilíticas en la confluencia anterior, sino que también porque las neoformaciones corticales, cualquiera que sea su sitio, pueden producir modificaciones en el nervio óptico, como sucede con los tumores cerebrales que actuan por compresión. (H. Lami).

La dificultad es mayor si el síndrome motor disminuye ó desaparece, como sucede algunas veces, y más en el caso de que no se haya presentado. Entonces, si á los fenómenos demenciales podemos unir algún otro síntoma de encefalitis sifilítica (cefalea sifilítica, alteraciones de la visión y del fondo del ojo y aunque de menos valor, estados vertiginosos, gastralgias y dolores periféricos, etc.) sobre todo cuando existen en el momento de la observación, ó por lo menos, que hayan existido en el período prodrómico de la enfermedad, entonces, digo, sí que se podrá hacer el diagnóstico de naturaleza como en el caso ya citado de Cristian.

Pero si todo esto falta (como muy bien puede ocurrir, ya que son síntomas de sífilis cerebral que pueden no existir, no ya solo en fases avanzadas del proceso, sino aún en el período inicial, no obstante ser este en el que con más frecuencia aparecen, pues como dejo dicho, he visto casos claros de encefalitis sifilítica desprovistos de este primer período) entonces el diagnóstico será, á lo más, de probabilidad y se basara en el hecho de ser poco frecuentes las demencias primitivas, en los caracteres algo especiales, aunque de poco valor, que ofrecen las sifilíticas, y junto con esto, el dato de ser sifilítico el individuo que la padece; mas si en estos pacientes la demencia va unida á ideas delirantes, la dificultad resultará mayor, ya que el delirio puede obscurecer el cuadro demencial.

Los casos, que de existir, resultarían por ahora de casi imposible diagnóstico y más en estas últimas condiciones, serían aquellos, no admitidos, de sífilis cerebral con sólo sindrome delirante y que yo entiendo que pueden muy bien presentarse, fundándome para opinar así: 1.° En que existen casos de encefalitis sifilítica con síndrome delirante y trastornos motores, como los hay también con síndrome demencial y trastornos motores igualmente; y 2.° En que hay casos de

la misma enfermedad, con sólo estado demencial. Pues bien, si esto último existe ¿cómo no admitir la posibilidad de expresarse la enfermedad vesánica que nos ocupa con sólo síndrome delirante, ya que lo dicho aquí nos demuestra que ni la demencia ni el trastorno motor son factores obligados de este padecimiento?

Admito, pues, como probable, la existencia de sífilo-psicosis con solo desarreglos de la ideación, entre lo psíquico, y sin los fenómenos motores que suele determinar la sífilis cerebral, pero estimo al mismo tiempo que su diagnóstico nosológico será imposible si al delirio no se unen otros síntomas de encefalitis sifilítica de los anteriormente expresados, y aun entonces el diagnóstico sería más difícil que en el caso anterior, pues al sustituir aquí el delirio á la demencia, aumentan las dificultades, por la circunstancia de ser muy frecuentes los estados vesánicos ordinarios simplemente delirantes y el no ofrecer el delirio de las psicosis sifilíticas ningún carácter especial que nos permita distinguirla de las demás; pero no per ser indiagnosticables hay que negar su existencia, toda vez que las admite el razonamiento, siendo la anatomía patológica la llamada á resolver punto tan importante.

En las sífilo-psicosis es opinión general qus el tratamiento antisifilítico intensivo da resultados favorables, siquiera sea solo en algunos casos y aun en éstos sea mayor el número de alivios que el de curaciones. Semejantes éxitos, absolutos ó relativos, se consiguen en menor proporción que en la sífilis cerebral considerada en general, hecho explicable, entre otras razones, porque la forma anatómica de lesión sifilítica cerebral más curable es la de exudado gelatinoso (gomas en sábana) cuyo asiento es preferentemente en la base del cerebro, y por consiguiente semejante modalidad lesional suele ser agena á las sífilo-psicosis, ya que estos últimos estados morbosos se hallan más bien en relación con lesiones de la corteza.

En dos casos solamente he podido emplear este tratamiento en todos sus detalles (aparte de otros casos que por circunstancias varias ha sido de modo muy incompleto) siguiendo el método intensivo de Fournier y en enfermos que parecían reunir condiciones muy adecuadas para el buen éxito, y en ninguno aprecié modificación favorable. También he visto otros enfermos que habían sido tratados por otros compañeros y he podido apreciar en ellos iguales resultados negativos. Es posible que en estos casos se tratara de grandes gomas ó de procesos esclerósicos, en los que el tratamiento ejerce poca influencia. Por lo demás, ya se sabe que su acción es nula en las generaciones secundarias y en las alteraciones consecutivas á las lesiones

vasculares (lesiones siflíticas indirectas) que muchas veces bastan para sostener los trastornos psíquicos y motores de la enfermedad que nos ocupa.

Diré, para terminar, que ha de tenerse en cuenta la marcha regresiva que, como dejo dicho, se observa en bastantes casos, porque en algunos es posible que los resultados favorables obtenidos no sean debidos á la medicación, sino simplemente al curso espontáneo del padecimiento.

SÍFILIS Y PARÁLISIS GENERAL

Es un hecho hoy probado que la sífilis figura en los antecedentes de gran número de paralíticos, siendo tal demostración debida á investigaciones practicadas por meritísimos autores, cuyos trabajos sería ocioso reproducir aquí, porque todos vosotros los conocéis.

Yo, por mi parte, basándome en mi propia observación, estoy en el caso de hacer una afirmación idéntica, esto es, que he visto el antecedente sifilítico en buen número de paralíticos. No puedo, sin embargo, presentaros nota estadística de lo observado, pues deliberamente he dejado de hacerlo persuadido de las insuperables dificultades con que frecuentemente luchamos en la práctica cuando tratamos de averiguar los antecedentes siflíticos del paralítico general, lo cual impone la necesidad de crear una Sección, que yo llamaría de *penumbra*, en la que figuráran todos aquellos individuos en cuya anamnesia constara la sífilis con el carácter de probable, para que se destaquen con claridad del grupo de los decididamente sifilíticos y de los no sifilíticos.

Las dificultades para la averiguación de semejantes datos consisten, aparte de los comunes á los no vesánicos, en que los paralíticos, por su enajenación, no pueden hacérnos una relación indudable de su pasado, y como se trata de un padecimiento que de ordinario ocultan á los individuos de su familia y especialmente á la cónyuge, son grandes los obstáculos con que á menudo luchamos para hacer alguna luz respecto de este particular. Por esto entiendo que las estadísticas de conjunto, es decir, sin una clasificación cuidadosa en la que aparezca bien delineado el carácter positivo, negativo ó dudoso del antecedente sifilítico, conducirían á una conclusión errónea, por serlo seguramente la cifra que sintetizara los casos en la estadística comprendidos; y entiendo, además, que si en ella el número de los dudosos no figura en una gran proporción, la estadística no refleja hechos sino interpretaciones del investigador. Así nos explicamos las notables diferencias existentes entre las diversas estadísticas que se han formado, diferen-

cias que no sólo no me sorprenden, sino que las considero inevitables, por la sencilla razón de que no se trata de hechos todos ellos evidentes, antes al contrario, muchos aparecen de contornos borrosos, ya que es preciso deducir la existencia del factor sífilis mediante un trabajo investigatorio sembrado de escollos; y como por otra parte cada médico tiene un criterio especial respecto al número y á la calidad de los fenómenos que han de servir de fundamento al juicio para suponer la preexistencia de la sífilis, es natural que las estadísticas arrojen cifras tan diferentes.

Pero si es verdad que la sífilis figura en la anamnesia de muchos paralíticos, no es menos cierto que hay también paralíticos sin este antecedente; y como este segundo caso necesita hoy más prueba que el primero, ya que hoy existe en muchos la creencia de que esta enfermedad vesánica es siempre un padecimiento sifilítico de lesiones especializadas, y es además semejante circunstancia de tal entidad en la patogenia de la parálisis, me ha parecido de gran interés dedicarme á ver si realmente existen enfermos típicos de parálisis general sin este antecedente infeccioso.

La labor era realmente espinosa por ser difícil encontrar enfermos que reunieran estas circunstancias:

1.ª Que fuesen paralíticos típicos y á ser posible diagnosticados por más de un médico.

2.ª Que no hubiesen padecido nada que con la sifilis pudiese parecerse, ya en sus manifestaciones locales (chancros blandos, escoriaciones ulcerosas simples en el pene, etc.), ya en sus síntomas generales (diferentes exantemas, ulceraciones de la mucosa bucal, caída del pelo, cefalalgías que puedan confundirse con cefáleas sifilíticas, etcétera), para que así hubiese las menos dudas posibles.

Y 3.ª Que el enfermo estuviese en condiciones de lucidez mental para podernos referir su pasado, que es siempre de más valor que el averiguarlo por sus allegados.

A esta labor, que calificaré de esmerada, me dediqué después de recibir el encargo de hacer esta ponencia, y ha bastado este tiempo para recoger observaciones acopladas á este cuadro por mi trazado, las cuales he realizado, no en los manicomios, porque los paralíticos que en ellos residen casi todos se hallan bastante perturbados, y por lo mismo resulta impracticable en ellos la exploración directa de su pasado, que es la que yo deseaba verificar, sino entre los que he visitado á domicilio y los que han acudido á las consultas del Refugio y á mi casa, por ser estos sitios en donde se ven con más abundancia enfermos de paralisis con lucidez, bien porque se les coge en los prime-

ros tiempos de la enfermedad ó porque son enfermos de demencia paralítica con poco cuadro mental.

De treinta y cinco pacientes que en junto he podido reunir desde Marzo último hasta la fecha, en tres de ellos se podía afirmar (como pueden hacerse esta clase de afirmaciones en la clínica) la no existencia de la sífilis; pero hay que fijarse que esto no quiere decir, que en los treinta y cinco sólo hubiera tres no sifilíticos, pues entre los separados por dudosos y los inexplorables por su perturbación, que era el mayor número, bien se puede asegurar que habría algunos más no infectados. La proporción se revela mejor diciendo: de los treinta y cinco, sólo eran diez los que por su lucidez estaban en condiciones de ser interrogados y de estos, tres resultaron no sifilíticos.

De estos tres paralíticos considerados como no sifilíticos, dos de ellos fueron vistos y diagnosticados, uno por el Dr. Vera, según me dijo la familia y el otro le ví yo en unión con el Sr. García Hurtado, quien también apreció en el paciente la existencia de la paralisis general y la falta de antecedentes sifilíticos.

Los tres tenían lucidez bastante para expresar hasta con detalles su pasado, y ellos nos refirieron que no habían padecido enfermedad venérea ni sifilítica, excepto uno que de jóven había sufrido una simple blenorragia.

Uno de ellos era hornero de la fábrica del gas y en ello encontré la causa probable de su padecimiento, pues desde antiguo se viene diciendo que ciertas profesiones en la que los obreros sufren la acción de temperaturas elevadas (cocineros, fogoneros, forjadores, etc.), estaban expuestas á sufrir la enfermedad que nos ocupa, lo cual se explica por el intenso estímulo y dilatación vascular que la irradiación calorífica determina.

Dió también la coincidencia que ninguno de ellos tuvo hábitos alcohólicos, con lo cual quedó excluído hasta la posibilidad de que lo que sufrían fuera una pseudo-paralisis alcohólica y no una paralisis verdadera.

Si por exceso de precaución se tuviesen reparos aún para admitir como no sifilíticos á los indivíduos citados, alegando al efecto que pudiera tratarse de casos de sífilis ignorada ó de sífilis hereditaria, yo contestaría:

1.° Que el solo hecho de la frecuencia que supone la existencia de estos tres casos en tan escaso número de paralíticos (nos referimos sólo á los lúcidos, que, como hemos dicho, fueron diez), hace muy improbable semejante interpretación por lo relativamente elevado de la proporción de los no sifilíticos, es decir, que entre diez casos, es mu-

cho que se reunan tres de sífilis ignorada y hereditaria, por ser esta bastante menos frecuente.

2.° Que el que pudiera tratarse de sífilis ignorada es menos probable aún por ser los pacientes hombres, en quienes el chancro rara vez deja de ser externo y por lo tanto comprobado por ellos, y aun en el caso de que para los enfermos hubiese pasado desapercibida la significación de semejante lesión y la de los síntomas generales, he de decir, que ante el menor motivo de sospecha respecto de la existencia de la sífilis que en mi ánimo hubiera surgido, ya por los datos de la anamnesia ó bien por manifestaciones actuales, hubiera excluído á estos indivíduos del grupo de los indudablemente no sifilíticos. Si los tres enfermos citados hubieran sido mugeres, el desconocimiento de la existencia de la sífilis para ellas y aun para el médico, pudiera tener más fundamento, puesto que entre otras razones, la frecuente localización del chancro en el cuello de la matriz hace que pueda pasar completamente desapercibida esta importante y expresiva lesión de la sífilis;

Y 3.° Que la sífilis hereditaria en estos tres casos parece muy poco probable, por haber vivido en una aldea el padre de dos de ellos, por no haber tenido los enfermos ninguna manifestación que infundiese sospechas de la existencia de este padecimiento, y por verse la sífilis hereditaria más en los antecedentes de las paralisis generales juveniles que en el de estas formas comunes, pues el paciente que menos edad contaba era cuarenta y cinco años.

Pero, si para probar que existen paralíticos generales sin haber sido antes sifilíticos, fuera poco lo que dejo manifestado, puedo presentar todavía una prueba más concluyente: *la de un paralítico que después de hacer explosión su enfermedad cerebral adquirió la sífilis* y cuya historia debo á mi ilustrado y excelente amigo D. Santiago Esquerdo, jefe local del manicomio del mismo apellido, la cual por ofrecer altísimo interés, voy á transcribir á continuación íntegramente:

N. N., de treinta y tres años de edad, casado, y de oficio albañil. La anamnesia sólo arroja datos negativos, incluso respecto de la sífilis.

Seis meses antes de su ingreso en el manicomio notó la familia en el enfermo, una mañana, más alegría que de ordinario, y que acariciaba proyectos de grandes negocios y de reformas en la casa, yendo de un lado para otro sin cuidarse de su obligación; comenzó á frecuentar los cafés y las grandes reuniones; comía menos que de costumbre y dormía poco. Esto llamó la atención de la familia, con tanto más motivo cuanto que desde unos meses antes venía presentándose apocado

y triste, y observaron además que siseaba algunas palabras. Lo trasladaron al campo en busca de alivio, y, viendo que no lo conseguía, decidieron que ingresase en el manicomio.

Presentaba el paciente esa alegría pueril acompañada de ligera excitación que le impulsaba á destruir cuanto estaba á su alcance con el propósito de llevar á término sus concepciones delirantes. La afasia era manifiesta como la desigualdad pupilar; temblor vermicular de la lengua, calor aumentado de la piel, frecuencia de pulso, delirio predominante de grandezas y otras manifestaciones que revelaban la existencia de la parálisis general progresiva de los enajenados.

Nos llamó la atención la presencia de una úlcera redondeada é indurada en el borde izquierdo de la lengua, la que diagnosticamos de chancro sifilítico. Reconocido el pene, por si hubiera señales de esta infección, vimos que existía hipospadias, hallándose el orificio uretral en la base del balano. (A pesar de esta anomalía tuvo dos hijos, que gozaban de buena salud).

Enmedio de la gran baraunda mental, presentaba esas fases de descanso que permiten informarse con relativa reguridad de los antecedentes íntimos del enfermo. Este nos afirmó que se le presentó el padecimiento en la lengua cuando estuvo en el campo, por haber comido con una cuchara de un pastor que padecía sífilis.

Durante nuestra observación pudimos confirmar el juicio que formulamos respecto del chancro por la roseola sifilítica que se presentó en el tronco, y más tarde por ligeras elevaciones en la palma de la mano, que se descamaban con facilidad: en una palabra, la sifilídes papulosa.

Era indudable que este enfermo, hallándose ya afecto de la paralisis general sufrió la infección sifilítica, fundándome para opinar así, no solo en los datos que proporcionó el paciente, sino también en el caracter de la úlcera y en la presentación de manifestaciones secundarias. Como todos los paralíticos generales progresivos, pagó el triste tributo consiguiente á tan perniciosa dolencia cerebral, pues falleció á los veinte meses de su ingreso en el manicomio.»

Tiene razón mi peritísimo amigo, de que aquí se trataba de un caso de paralisis general sin haber sido antes sifilítico. En efecto, la manera de empezar, el cuadro sintomático, la evolución, todo corresponde á la demencia paralítica en la forma que podríamos llamar *clásica*; y respecto de la existencia de la sífilis no cabe tampoco duda, pues la lesión de la lengua era un chancro sifilítico y las manifestaciones cutáneas pertenecían al periodo secundario de la sífilis. De otra parte, la falta en el pene de todo vestigio sifilítico y la úlcera de la lengua,

prueban la veracidad del enfermo respecto del modo como se efectuó el contagio. Como la sífilis crea inmunidad, no puede en manera alguna admitirse que este paciente fuera sifilítico antes de adquirir la parálisis, porque entonces no se hubiera reinfectado con la cuchara del pastor. Y si se quisiera forzar la argumentación diciendo que hay individuos que pueden adquirir dos veces la sífilis, contestaría que esto no es aceptable en principio, pues si se observa algún caso es excepcionalísimo, no siendo una de estas excepciones el enfermo que me ocupa, por las razones que acabo de manifestar y porque él mismo afirmaba no haber padecido sífilis anteriormente.

La importancia de esta historia clínica trasciende á la de los enfermos que he citado anteriormente como no sifilíticos, porque desde luego queda probado que en los paralíticos no es condición precisa el que sean sifilíticos con antelación y por consiguiente se puede afirmar que la parálisis general no constituye un factor de la evolución sifilítica. Así, pues, la opinión que muchos profesan, por el hecho de existir tanto paralítico con antecedente sifilítico (la estadística que dá más alta proporción de estas, de las que yo conozco, es la de Anglade, que arroja un 81,08; y 93,4 con casos probables), de que la parálisis general es una enfermedad sifilítica, se funda en que los casos en que no se encuentra semejante factor debe suponérsele y atribuirse su falta á defectos de investigaeión ó al hecho de ser una sífilis completamente oculta. Es verdad que consideran á la parálisis general debida, no á las lesiones comunes de la sífilis (gomas, esclerosis), que desde luego se ve que no forman el cuadro lesional de la parálisis general, si no á alteraciones especiales, que aunque sifilíticas en el fondo, difieren de las ordinarias de la sífilis, no solo desde el punto de vista anatómico, sino terapéutico, ya que no se modifican por el tratamiento específico. No conceptùo admisible semejante interpretación, porque aparte de que dejo ya probado que la demencia paralítica puede surgir bajo el exclusivo impulso de causas comunes, y por lo tanto con absoluta independencia de la sífilis, es en mi opinión gratuito é inexplicable el suponer la existencia de esas lesiones *sui géneris*, que diferirían en su modalidad somática y en sus relaciones con la terapéutica, de las lesiones sifilíticas comunes. Tan notables y tan numerosas variantes ofrecen las enfermedades y más las infecciosas, como la sífilis, que no negaré en absoluto la posibilidad de que influya en la producción de las parálisis; este es un enigma nosológico que el progreso científico resolverá, pero en el actual momento histórico, es completo mi convencimiento de que no existe una relación directa de causalidad, ó diré mejor, que la sífilis no es causa determinante espe-

cial, ni mucho menos específica, de la parálisis general de los enagenados.

Mas entre esto y negarle toda participación etiológica, media un abismo. Efectivamente, en el anchuroso y fecundo campo de la experiencia universal se destaca con vivo relieve un hecho importantísimo: la gran frecuencia con que figura la sífilis en la anamnesia de los vesánicos que nos ocupan, la cual, segun mi observación, es de un sesenta y cinco por ciento.

Semejante coincidencia impone á nuestro entendimiento la misión de aquilatar las relaciones que entre ambos hechos puedan existir, relaciones íntimas, substanciales, ocultas en lo más recóndito de las actividades celulares de la economía, y por lo mismo difíciles de sorprender, pero no imposible de interpretar, siquiera la interpretación no pueda remontar los linderos de lo hipotético, y aún corramos el riesgo de inspirar inadvertidamente nuestro razonamiento en el, con frecuencia inevitable sofisma, *post hoc ergo propter hoc*, ó sea en dos fenómenos sucesivos, considerar al primero como causa del segundo.

Pues bien, yo creo que la sífilis actúa como una de tantas causas comunes, ya por la commoción que en la esfera moral ocasiona, ora por la discrasia que acarrea, ó bien por las lesiones somáticas microscópicas, hasta ahora inapreciables que en los límites de lo posible cabe que engendre; pero discrasias y lesiones que obran por lo que llamaré (para expresar con la posible claridad mi opinión) *armazon anatomopatológico común de las lesiones sifilíticas*, queriendo significar con esto que obran por lo material de las alteraciones, no por la intervención intrínseca del microbio sifilítico ni de sus toxinas; y de esta suerte podemos en gran parte explicarnos el porqué de la impotencia del tratamiento antisifilítico específico para combatir la demencia paralítica.

La modalidad etiológica de la sífilis, ó sea su categoría desde el punto de vista intensivo, yo entiendo que será distinto en cada caso, pues unas veces actuará como causa predisponente, elaborando en el organismo, en medio del silencio de la latentidad, los jalones más rudimentarios del proceso cerebral, mientras que otras obrará como causa determinante, sirviendo de espoleta al molimen morboso que anida sordamente en la economía constituyendo la llamada predisposición.

Por la importancia doctrinal que encierra, voy á ocuparme á continuación de dos problemas, pues este es su verdadero nombre, respecto de los cuales puedo presentar observaciones que me son personales:

1.º *¿El tratamiento antisifilítico previene la aparición de la paráli-*

sis? Se ha dicho que el sifilítico que adquiría la parálisis era porque su sífilis no había sido bien tratada. Contra esta opinión voy á exponer dos notas clínicas interesantes. La una se refiere á un sujeto en quien, no obstante haber sido tratado sin interrupción bastantes años por el Doctor Azúa, sobrevino la parálisis general genuína con el cortejo clásico de síntomas. El otro enfermo es un médico muy conocedor de los peligros de la sífilis, y por lo mismo y por ser altamente aprensivo, en los diez años que contaba de fecha desde esta infección, no pasó más que cortos intervalos sin hacer uso del tratamiento específico, llegando hasta abusar de las fricciones mercuriales y del ioduro potásico, á pesar de que desde el segundo año no había vuelto á presentarse ninguna manifestación sifilítica. Pues bien, este enfermo fué invadido de parálisis general y hoy se halla recluído en un manicomio. Creo que se explica el hecho perfectamente por lo que antes he dicho sobre la no necesaria intervención de la sífilis en la producción de la parálisis, que en este pobre médico la considero debida al trabajo mental excesivo á que diariamente se entregaba, pues dedicaba al estudio noches enteras (sobrecarga mental).

Grande es el valor de estos dos casos, pero no les creo suficientes á resolver el importante problema nosológico-terapéutico que me ocupa, el cual me parece más prudente dejarle simplemente planteado, pues las cambiantes que implica la variabilidad de las reacciones orgánicas y los mil factores de la realidad no permiten formular por ahora una conclusión satisfactoria. Mi opinión, sin embargo, es que la demencia paralítica se puede presentar á pesar del empleo del tratamiento antisifilítico más completo en los sujetos que padecen esta infección.

2.° *¿Ofrece peligros el tratamiento antisifilítico en los paralíticos generales?* Este tratamiento le considero, además de ineficaz, nocivo, pues no sólo no he observado nunca efectos beneficiosos, sino que he visto agravarse á algunos enfermos, y aún diré más, si se hace uso de los baños calientes sulfurosos (baños de Archena), entonces la nocividad es más evidente. Respecto de estos baños, cuento con algunas observaciones de sifilíticos, sin parálisis general, en los que después de haber hecho uso de esos baños, se desarrolló este padecimiento (en otros el cuadro de la sífilis cerebral), y de otros individuos que, siendo ya paralíticos y estando sujetos á la medicación específica, fueron á estos baños y volvieron de ellos con la vesania manifiestamente agravada, sobre todo en los síntomas motores.

Al discurrir yo sobre estos hechos, me pregunto: ¿habrá existido entre los baños y el desarrollo ó la exacerbación de la parálisis, relación de causa ó efecto, ó simplemente coincidencia? Es decir, ¿se tratará

de causalidad ó de casualidad? Por la frecuencia con que lo he observado me inclino á la primera; y considero explicables semejantes efectos morbígenos, más que por la mineralización de estas aguas termales, por la temperatura de las mismas, pues aplicadas en forma de baños generales, estufas de vapor, etc., determinan por la duración de cada uno y uso repetido, una gran sedación en el individuo, y digo esto, porque efectos parecidos he podido apreciar igualmente con el uso de otros baños, calientes también, y de composición distinta.

Teniendo en cuenta esta perniciosidad del tratamiendo antisifilítico en los sugetos afectados de parálisis, creo que se impone al clínico, antes de establecer las indicaciones, hacer el diagnóstico diferencial, si le es posible, entre la pseudo-parálisis sifilítica y la parálisis general, ya que en aquella, por el contrario, resulta beneficioso el uso de semejante indicación, y por lo mismo, no debe seguirse el criterio que muchos practican, de establecer el tratamiento específico á todo el que teniendo el antecedente sifilítico presenta en más ó menos grado el cuadro de la demencia paralítica, por si se tratara de un pseudo-paralítico y no de una parálisis verdadera.

Esto si acaso, únicamente lo creo aceptable en los casos de verdadera duda y llevado á cabo de una manera prudencial y con gran observación.

DEGENERACION MENTAL Y ALCOHOLISMO

CONCLUSIONES

1.ª Estudio entre los alcohólicos, á aquellos en quienes la degeneración mental entra como factor etiológico de sus hábitos báquicos. En ellos la causa y el efecto se influyen recíproca y gradualmente, resultando de todo ello un estado híbrido de degeneración y alcoholismo, cuyo estudio en detalle nos permite les siguientes deducciones.

2.ª Los alcohólicos por degeneración suelen ser los que sufren más alto grado de intoxicación, porque las diferentes circunstancias inherentes á los mismos hace que en ellos el vicio alcohólico esté más arraigado.

3.ª En esta clase de enfermos la expresión de las manifestaciones alcohólicas ordinarias, agudas y crónicas, suelen presentarse modificadas. He aquí como:

a. La embriaguez toma en algunos la forma especial denominada embriaguez patológica, que á mi juicio solo á estos alcohólicos corresponde. Se parecen estos accesos de la intoxicación aguda á las suspen-

siones mentales de los epilépticos, y los individuos en quienes la observé parecían además estar dentro de esta neurosis.

b. El cuadro mental ordinario del alcoholismo crónico se halla aquí bastante más acentuado que en los alcohólicos comunes, y lo está por el menor grado de resistencia cerebral de estos sugetos, y por la mayor intensidad que en ellos suele alcanzar la intoxicación alcohólica.

c. La demencia final es en los mismos bastante más precoz, y ofrece además la particularidad de que toma en ella poca participación el sis tema motor. Como en estos individuos dentro de lo cerebral lo quo está debil es lo psíquico, se comprende que venga la anulación del funcionalismo mental antes de lo ordinario y que por lo mismo se conserve bastante bien el motriz.

4.ª El alcoholismo obra á la vez aumentando las anomalías psíquicas que constituyen el llamado *estado mental de los degenerados*, haciendo que las particularidades psíquicas ya existentes en los mismos se aviven, á la par que se pueden presentar otros estigmas mentales pertenecientes á este grupo de desórdenes.

5.ª Si el individuo es epiléptico (en mi concepto la epilepsia genuína recae siempre en individuos con disgenesis cerebral) los ataques convulsivos suelen repetirse con más frecuencia, y respecto de las rela ciones del alcoholismo con la epilepsia, diré con Magnan, que el primero no crea la segunda, lo que hace es provocar el ataque al que ya es epiléptico, y por lo tanto, no se puede dar al alcohol el valor de causa creadora de la enfermedad, sino simplemente el de causa despertadora del accidente en quien tiene ya la modalidad orgánica de epiléptico. Tampoco el alcoholismo aumenta siempre los ataques convulsivos en los enfermos que los padecen.

6.ª Las vesanias alcohólicas recaen siempre en individuos predispuestos.

7.ª Formada esta familia de los predispuestos por los simplemente hereditarios vesánicos, por los neurósicos y por los degenerados, con ó sin herencia vesánica, el contingente de las locuras alcohólicas sale en su gran mayoría de éstos últimos, y sucede así, porque, á la vez que los disgenésicos cerebrales son entre los predispuestos á delirar en los que existe mayor predisposición, figuran además tales individuos en proporción mucho más considerable dentro de este grupo de alcohólicos predispuestos.

8.ª En algunos deestos sugetos se presentan accesos delirantes agudos, después de una embriaguez, de una orgía, sin que esté el sugeto bajo la acción del alcoholismo crónico. En este caso lo probable es qu

se trate de un simple delirio de los degenerados, obrando el alcohol más que por su toxicidad, como simple excitante.

9.ª El alcohólico común no está exento de perturbación psíquica, pues en él se puede presentar el cuadro mental ordinario del alcoholismo crónico, que en sí tiene bastante de vesánico, y la demencia final. Semejante demencia aparece en estos alcohólicos tardíamente, y al cuadro demencial suelen unirse los trastornos motores del alcoholismo muy avanzado, de lo que resulta un conjunto sintomático que tiene bastante parecido con ciertas formas de la paralisis general. Es la modalidad demencial de las llamadas *pseudo-parálisis alcohólicas*.

LOCURAS SIFILÍTICAS

CONCLUSIONES

En el estudio de la sífilis como factor etiológico de estados vesánicos hay que considerar; 1.° Su intervención en el desarrollo de perturbaciones psicopáticas ordinarias. 2.° Lás psícosis sifilíticas propiamente dichas; y 3.° Las relaciones de la sífilis con la paralísis general.

1.°—*De la sífilis actuando como causa común.*

1.ª En los sugetos afectados de sífilis surgen estados vesánicos de todos géneros (aparte de los específicos) sin que en buena doctrina clínica deba considerarse á la primera como causa de los segundos, ya que iguales padecimientos y con idéntica frecuencia se ven en los sugetos que no ofrecen semejante infección.

2.ª Sin embargo, en los primeros tiempos del período secundario se ve que esta enfermedad ejerce una influencia bastante manifiesta en el desarrollo de ciertos estados psicopáticos, pues en esta fase de la sífilis se observa en los sujetos psíquicamente degenerados que los estigmas mentales de todo orden, propios de los que padecen tales disgenesias cerebrales, toman más incremento, á la par que en algunos suelen además aparecer crisis delirantes.

3.ª El estado psíquico creado por la acentuación de las anomalías mentales pertenecientes al cuadro clínico de la degeneración, puede quedar en estos sujetos con carácter permanente; en cuanto al delirio nada puedo afirmar respecto á su evolución por no haber podido seguir la observación un tiempo suficiente, pero sí diré que en todos los casos había desarreglos delirantes de carácter estable, ya que el que menos contaba dos meses de fecha desde su presentación.

4.ª La aparición de semejantes desarreglos vesánicos en esta épo-

ca de la sífilis, no se debe atribuir á simple coincidencia, pues la concentración numérica con que se presentan hace suponer que estos hechos traspasan el horizonte de la casualidad y que deben explicarse por supeditación etiológica.

5.ª Tal vez pueda la sífilis provocar en este tiempo perturbaciones psíquicas, no ya solo en los individuos degenerados, sino en los simplemente predispuestos, pero yo no he visto más que lo primero.

6.ª La sífilis en estos casos obra como causa común en tanto que nada específico crea; es decir, que las perturbaciones que aquí determina pueden ser ocasionadas por otras causas, de igual manera que en esta época de la sífilis pueden surgir otros desórdenes nerviosos como la neurastenia y el histerismo sin trastorno vesánico.

7.ª El mecanismo de la intervención causal de la sífilis en estos estados no es fácil de averiguar, pero como á falta de la verdad comprobada es aceptable la verdad supuesta, y la práctica, por otra parte, tiene exigencias doctrinales apremiantes que es preciso satisfacer en lo posible, diré que la influencia patogénica de la sífilis puede ser de tres clases: por emoción, por anemia y por lesiones, refiriéndome en estas últimas, no á las comunes de la sífilis, sino á posibles alteraciones de las células, determinadas directamente por la infección sifilítica que en estos momentos se expresa con gran viveza y que daría por resultado el trastorno de su funcionalismo.

2.º—Psicosis sifilíticas propiamente dichas.

8.ª Estas enagenaciones reconocen por causa á la sífilis y son siempre determinadas por lesiones cerebrales específicas. Por responder estas vesanias á lesiones sifilíticas de índole terciaria, son siempre manifestaciones tardías de esta infección, excepto en algunos casos en que por ser el cuadro lesional consecuencia de una arteritis sifilítica, pueden á veces declararse con anterioridad á la presentación del tercer período.

9.ª Las principales manifestaciones clínicas de las sifilopsicosis pueden reducirse á estos tres órdenes: perturbaciones demenciales, delirantes y motoras. Estas últimas, si bien no forman parte intrínseca del cuadro mental, constituyen por su frecuencia y significación valiosos signos para fundamentar el diagnóstico nosológico de semejantes vesanias.

10. Las perturbaciones demenciales y delirantes forman lo vesánico de esta enfermedad. En bastantes casos existen los dos síndromes en un mismo enfermo, pero en la generalidad solo se presenta el des-

orden demencial, y aunque se cree que no hay sujetos afectados de sifilo-psicosis en los que lo psíquico del padecimiento esté constituído solamente por trastornos delirantes, yo he tenido ocasión de observar un caso en que este último pudo verse confirmado.

11. La demencia no presenta matices lo bastante especiales para diferenciarla por sí de los demás trastornos demenciales; y en cuanto al delirio no reviste aquí tampoco caracteres propios, y dentro de los comunes puede presentar aspectos clínicos muy variados. Por lo que he visto, juzgo que es más frecuente en los casos en que el trastorno motor afecta á los nervios craneales (sífilis de la base).

12. Los trastornos motores que se presentan en las psicosis sifilíticas, pueden existir todos ellos aisladamente como expresión de sífilis cerebral sin manifestaciones vesánicas; es decir, ninguno de ellos es especial de las sífilo-psicosis, sino que son simplemente síntomas de sífilis cerebral.

13. ¿Pueden existir psicosis sifilíticas sin desarreglos motores? Está demostrado que sí; los hechos clínicos lo prueban y el razonamiento lo admite, pues el existir sífilis cerebral con solo trastornos motores, demuestra que cuando á estos se asocian desórdenes vesánicos es porque surgirán nuevas lesiones que serán las que provoquen los síntomas mentales.

14. Los desarreglos motores pueden ser paralíticos ó convulsivos, temblorosos y trastornos de la coordinación motriz.

a) Entre los aquinésicos los más frecuentes son los que constituyen el síndrome hemiplégico ordinario (ya que el peduncular y el protuberancial suelen verse muy poco en las sífilo-psicosis); siguen en frecuencia los del motor ocular común; después los del motor ocular externo y del patético; y por último, las monoplegias y las asociaciones paralíticas.

b) Las convulsiones pueden aparecer ya en forma de ataques epileptiformes ó ya como verdaderos ataques epilépticos que pueden revestir todas las formas del mal comicial, pero principalmente, y es la más característica, la jacksoniana. A la epilepsia sifilítica en general se la considera muy unida á perturbaciones vesánicas, pero yo he visto un individuo con epilepsia claramente sifilítica y con completa integridad mental.

c) Más raramente pueden presentarse temblores generales y desórdenes en la coordinación motriz. Estos trastornos motores difusos, unidos al cuadro demencial propio de esta enfermedad, con ó sin delirio, dan lugar á un conjunto clínico que tiene bastante parecido con la parálisis general, por cuya razón viene señalándose con el nombre de *pseudo-parálisis sifilítica.*

Mairet considera á este estado como una de las formas terminales de toda sífilo-psicosis. Yo, por mi parte, diré que á estas no las he visto marchar hacia semejante cuadro clínico; aparte de que los casos de pseudo-paralisis por mí observados, se expresaron ya todos ellos con tales caracteres más ó menos manifiestos, desde los primeros tiempos del mal.

15. Esta enfermedad, desarrollada clínicamente, bien de una manera gradual, ya con cierta brusquedad después de un ictus apoplético, no sigue en todos los casos una marcha fatalmente progresiva hasta terminar con la vida del individuo, sino que en buen número de casos presenta un curso regresivo aunque sin desaparecer completamente, en cuya situación puede continuar años, y aún toda la vida, sin variar notablemente; más en cualquier momento puede sobrevenir una agravación repentina por ataque apopletiforme, en alguno de los cuales puede tener lugar el fallecimiento. Hay que advertir que esta marcha se refiere á individuos á quienes no se había sometido al tratamiento específico.

16. El diagnóstico puede ser fácil, difícil y hasta imposible. En los casos, que son la mayoría, en que existen trastornos motòres de lesión cerebral en foco, el diagnóstico será fácil, si bien estos trastornos no tienen todos el mismo valor para fundamentar el diagnóstico nosológico de sífilis cerebral. La dificultad es mayor si el síndrome motor disminuye ó desaparece, como sucede algunas veces, y más en el caso en que no se haya presentado. Entonces, si á los fenómenos vesánicos, aparte de los antecedentes, podemos unir algún otro síntoma de los significados de encefalitis sifilítica, aún se podrá hacer el diagnóstico de naturaleza; pero si ni aún esto sucediera, el diagnóstico sería entonces casi imposible, ya que el síndrome psíquico tiene en sí poco valor para basar en él el diagnóstico nosológico; y de las tres formas con que se suele expresar, es mayor dentro de este escaso valor, el del simplemente demencial, sigue el demencial asociado á desórdenes delirantes, siendo, por último, el menos expresivo, el exclusivamente delirante.

17.ª Respecto del tratamiento específico, debo decir que es opinión bastante general, la de creer que planteado intensivamente suele producir resultados favorables, aunque sin llegar nunca á la completa curación del padecimiento. Mi experiencia personal no concuerda con semejante opinión; pero como son pocos los datos que hasta ahora he recogido, no tengo realmente convicción formada, por lo cual me abstengo en absoluto de emitir juicio propio relativamente á tan transcendental asunto.

3.º—Sífilis y parálisis general.

18.ª Es un hecho hoy probado que la sífilis figura en los antecedentes de gran número de paralíticos; mi observación personal me permite hacer una afirmación idéntica, pues he visto este antecedente en buen número de ellos.

19.ª Como existe en muchos la creencia de que esta vesanía es siempre debida á lesiones específicas, me ha parecido de gran interés dedicarme á comprobar el grado de exactitud que semejante opinión pudiera tener. El resultado de las observaciones que he practicado ha sido el siguiente:

a. He visto individuos afectados de parálisis general, en los quepor la serie de datos que en ellos pude recoger, cabe afirmar que no habían sido sifilíticos.

b. La historia de un paralítico que adquirió la sífilis después de haberse desarrollado la enfermedad cerebral, demuestra claramente que esta empezó sin ser sifilítico el individuo.

20.ª Las precedentes observaciones han engendrado en mí el convencimiento de que la paralisis general no es de naturaleza sifilítica.

21.ª No obstante, el hecho de la frecuencia de la sífilis en la anamnesia de los paralíticos hace suponer en aquella alguna influencia causal. Y en efecto, yo entiendo que su intervención es distinta en cada caso, pues unas veces actuará como causa predisponente, elaborando en el organismo los jalones más rudimentarios del proceso cerebral, mientras que otras obrará como causa determinante, sirviendo de espoleta al molimen morboso que anida en la economía bajo esa forma latente que llamamos de ordinario predisposición.

22.ª *¿El tratamiento antisifilítico previene la aparición de la paralisis general?* Se ha dicho que el sifilítico adquiría la paralisis general porque su sifilis no había sido bien tratada; pero los dos casos que he citado demuestran que la demencia paralítica se puede presentar â pesar del empleo del tratamiento antisifilítico más completo. En mi concepto, queda el hecho perfectamente explicado por lo antes dicho sobre la necesaria intervención de la sífilis en la producción de la parálisis general.

23.ª *¿Ofrece peligros el tratamiento antisifilítico en la parálisis general?* En mi opinión es ineficaz y nocivo, pues no sólo no he observado efectos beneficiosos, sino que he visto agravarse con él el estado físico y mental de algunos de los enfermos en quienes se empleó semejante tratamiento.

COMUNICACION

LÓCURAS TÓXICAS E INFECCIÓSAS

por el Dr. MANUEL IGLESIAS Y DIAZ (Madrid).

La clínica enseña con su elocuencia avasalladora, que los tóxicos y las infecciones perturban frecuentemente las facultades mentales, con pérdida de la conciencia y del libre arbitrio, que forman la característica de la personalidad humana, responsable de sus acciones.

De aquí la importancia práctica y teórica del tema que encabeza la presente comunicación, y la conciencia de que no sólo los especialistas en neuropatía sino los que ejercen el conjunto del arte y de la ciencia' expongan su voto, aunque solo sea para declarar que las intoxicaciones y las infecciones pueden determinar el trastorno mental llamado *locura*, en que el hombre pierde ese destello de la divinidad que constituye su *razón*, distinguiéndole de los animales y colocándole en una categoría superior y especial á que dió el nombre de *reino hominal* un ilustre naturalista español.

Procede, ante todo, distinguir lo tóxico de lo infeccioso, á fin de formar concepto claro de ambas infecciones, que no pocas veces se confunden, á pesar de los adelantos de la ciencia y de los profundos estudios de que ha sido objeto esta interesante cuestión de Patología general.

Aplícase la voz *tóxico* (de la griega *toxicon*, veneno para intoxicar las flechas, á su vez derivada de *toxon*, arco, flecha), ó *veneno* (del latin, *venenum*) á toda sustancia, que introducida en el cuerpo humano ó aplicada á su superficie en *corta cantidad* le ocasiona la muerte ó algún trastorno grave.

Y se entiende por *infección* (de *inficere*, corromper, contagiar) un estado morboso originado por los microbios ó su producto de secreción, las *toxinas* y aún por ciertos productos de las enfermedades, que el organismo no ha podido eliminar.

I

Los tóxicos ó venenos ejercen generalmente su acción, en virtud de la absorción que se verifica en las mucosas digestiva, respiratoria y génito-urinaria, superficie de la piel, venas y vasos linfáticos.

Sus efectos consisten en modificaciones primitivas ó consecutivas, de la sangre, del sistema nervioso ó de diferentes tejidos. Así se ve que actúan sobre la *sangre* el óxido de carbono, ácido cianhídrico, nitrato y clorato de potasa, nitrato de amilo, nitrobenzol, ácido oxálico, barita, hidrógeno sulfurado (anhídrido sulfuroso), el anhídrido carbónico y otros; sobre el *sistema nervioso*, el opio y la morfina, la estricnina, el ya mencionado anhidrido carbónico, la nitro-bencina, atropina, cloroformo, éter, hiosciamina y otros, ya provocando la asfixia por parálisis directa del centro nervioso respiratorio, ya obrando sobre las células nerviosas cerebrales, por simple contacto ó combinándose con la albumina del protoplasma, y en fin, hay otros tóxicos como el alcohol, el yoduro potásico, el nitrato de plata y el arsénico, que producen flegmasias crónicas, con tendencia á la esclerosis y atrofia consiguiente de los elementos anatómicos.

El *alcohol* es el agente que figura en primer término en la génesis de las *locuras tóxicas*, según enseña la experiencia; son ya menos frecuentes las locuras saturnina y morfínica, y raras las ocasionadas por el agenjo, éter, clorol, belladona y atropina, cocaina, óxido de carbono, anhidridos sulfuroso y carbónico y demás venenos.

Pero, aunque en España sea tambien la locura alcohólica la más frecuente entre las tóxicas, afortunadamente figura en proporción muy inferior á lo que ocurre en otras naciones del antiguo y del nuevo mundo, sin duda como consecuencia de que en nuestro país, el abuso se refiere generalmente á las bebidas alcohólicas que contienen menos cantidad de alcohol, como son los vinos naturales, la sidra y la cerveza, y que es mucho menor el consumo de las bebidas espirituosas en que entra el alcohol en las mayores proporciones.

La *embriaguez*, caracterizada por la pérdida transitoria y más ó menos acentuada de la razón, obsérvase generalmente entre los obreros de la ciudad y del campo. y reconoce como fundamento la falta de cultura y de educación apropiadas, que arraiga en las muchedumbres la errónea creencia de que las bebidas alcohólicas constituyen el mejor tónico de que puede disponerse para conservar y desarrollar las fuerzas, el vigor y las energías individuales. Las sociedades y los gobiernos tampoco se han preocupado lo suficiente de disminuir los estragos del alcoholismo, que es quizá el mayor azote de la humanidad, haciendo la debida propaganda contra vicio tan arraigado, estableciendo y fomentando instituciones de morigeración y templanza, y dictando las medidas prohibitivas que en algunos países han producido los más felices resultados.

La locura alcohólica *aguda* puede adoptar dos formas, la *maniaca*

y la *melancólica*, á las cuales hay que agregar la variedad llamada *locura aguda de los degenerados*; pero debe advertirse que tales formas se observan con poca frecuencia en la práctica.

Como formas del alcoholismo *crónico*, en sus manifestaciones psíquicas, mencionaremos en primer lugar el *delirium tremens*, menos común en España que en las demás naciones, sin duda por la clase de bebidas alcohólicas que aquí se consumen, y después la *debilitación intelectual* y la *demencia alcohólica*. En este mismo caso se encuentra otra perturbación mental debida al alcoholismo, que es la *parálisis general* ó *pseudo-parálisis general* alcohólica, de que se observan contados casos en la práctica, con caracteres muy distintos de la *ordinaria*, porque ofrece frecuentes remisiones, puede llegar á curarse, va precedida de ataque apopletiformes y epileptiformes; puede ser consecutiva á accesos sub-agudos de alcoholismo; ofrece los síntomas del alcoholismo crónico; la hemiplegia permanente y la afasia son más frecuentes y persistentes que en la parálisis general ordinaria, la desigualdad pupilar rara vez falta; y, respecto á las facultades intelectuales, no suele observarse la debilitación progresiva de las mismas, que caracteriza la parálisis ordinaria, sino un embotamiento rápido y graduado, que puede llegar á una situación parecida al idiotismo.

El estudio de los 472 expedientes de locos seudocriminales, recibidos en la Dirección general de Establecimientos Penales de España durante el último quinquenio, prueba de una manera cumplida el gran influjo del alcoholismo en la génesis de la locura y las formas con que más frecuentemente se manifiesta. Muchos vesániocs se califican de alcohólicos en los correspondientes informes periciales; en otros casos se da gran participación al abuso de las bebidas alcohólicas, para explicar los accesos durante los cuales se realizó el hecho criminoso; y en no pocos se teme muy racionalmente que el alcoholismo estimula ó despierta perturbaciones mentales, al parecer latentes ó dormidas, con especialidad en las locuras persecutorias y en las epilépticas.

El empleo abusivo de las *sales de morfina*, de que tan frecuentemente se hace uso en la actualidad en inyecciones hipodérmicas, es causa de una locura tóxica especial, que se manifiesta por accesos más ó menos intensos de manía ó melancolía, con insomnio, alucinaciones de la visión, terrores, depravación de los instintos, perturbación del sentido moral, irritabilidad, agitación y debilidad de la inteligencia y de la voluntad. Esta vesania se presenta á veces á consecuencia de la suspensión del medicamento en los que están muy acostumbrados á su uso.

Como locura producida por el sulfato de atropina, citaré un caso por

mí observado, y que se refiere á una señora de veinticinco años, casada, que tomó por equivocación una cucharada de una disolución de dicha sal, que contendría dos centígramos y medio de principio activo. A los cinco minutos se quejó de diplopia, mareos, frío, temblor, secura de boca y garganta, é imposibilidad de tenerse en pie, de andar y de hablar. Quince minutos después perdió por completo la razón, con delirio, ilusiones y alucinaciones, dilatación de ambas pupilas y ambliopia, inyección de la cara y de las conjuntivas, 112 pulsaciones y calor normal. Se prescribió un emético, después una sangría de 200 gramos, infusión de café, láudano y limonadà sulfúrica, sinapismos y enemas purgantes. Al delirio siguió primeramente un estado comatoso, que se modificó favorablemente con la sangría, y á las nueve horas del accidente, se presentó un sudor copiosísimo, seguido del restablecimiento de la razón y de la cesación dé todos los fenómenos morbosos observados.

La Terapéutica de las locuras tóxicas tiene como fundamento la índole ó carácter especial de la intoxicación, y ha de variar necesariamente la indicación según cual sea la patogenia de la perturbación mental.

II

Considéranse como infecciones, según las ideas reinantes, todos los estados morbosos que se creen originados por los productos de secreción de los microbios, ya se hallen demostrados con todas las condiciones que exige la ciencia, ya se presuma con más ó menos fundamento su existencia, así por lo que arrojan las investigaciones de laboratorio, como por los cuadros clínicos con que se nos presentan.

Aplicando tal criterio, inclúyense entre las infecciones agudas la gripe, la fiebre tifoidea, la viruela, el sarampión, la escarlatina, la difteria, la erisipela y el cólera, y entre las crónicas, el paludismo, la tuberculosis, la pelagra y la sífilis, aunque, dígase cuanto se quiera en contrario, no se haya aún encontrado el microbio específico de buen número de los mencionados padecimientos.

Por lo que respecta á la grippe, tan frecuente en todos los países desde la irrupción epidémica de 1889 y 1890, la observación ha patentizado los cambios psicopáticos que de ella dependen, lo cual no ha de causar extrañeza si se considera cuales son las manifestaciones del sistema nervioso con que se presenta y que preceden á la fiebre, la acompañan ó son consecutivas.

De locuras grippales hemos recogido interesantes observaciones,

que por lo común han recaído en personas que pasaban ya de los 40 años, neuropáticas, reumáticas y arterio-esclerósicas.

En la Constitución Médica que reinó en Madrid en el invierno y primavera de 1901 y que fué en lo fundamental de carácter *grippal*, presté asistencia facultativa á un caballero de 58 años de edad, de austeras costumbres, que en el año anterior había sufrido un ataque grippal seguido de un estado de atonía física, intelectual y moral, de larga duración.

Un día del mes de Marzo de dicho año se presentó á la familia, al levantarse por la mañana de la cama, con delirio general tranquilo, observándose por la tarde una temperatura de 38° y 100 pulsaciones. La fiebre siguió desarrollándose con tipo periódico irregular, temperaturas que oscilaban entre 37°5 y 40°, perversión constante de la ideación, algún acceso de disnea, molestias en el aparato respiratorio y esputo mucoso blanco, quedándose el enfermo apirético algunos días durante diez ó doce horas, pero persistiendo constantemente el trastorno mental.

Se hizo uso de preparados quínicos, baños templados, algunas sanguijuelas al ano, laxantes, antiespasmódicos y otros modificadores que se creyeron indicados.

Al cabo de tres septenarios cesó la fiebre, pero sin que el enfermo recobrara la razón. El delirio siguió sin interrupción con carácter tranquilo, observándose, rara vez, ráfagas de lucidez mental y constantemente languidez de todas las funciones y depauperación orgánica.

Otro caso, durante la misma Constitución Médica, corresponde á un jefe militar de más de 40 años, retraído y tímido, que después de la muerte de su padre y sufriendo una afección grippal, perdió la razón con predominio de las ideas persecutivas y melancólicas. Al cabo de año y medio y habiendo permanecido en el campo durante una larga temporada, recobró las condiciones normales de su razón.

En otra Constitución grippal asistí á un hombre de más de 60 años, de buena salud habitual, empleado, que padeció una pirexia acompañada de manifestaciones catarrales y reumáticas poco intensas, y que muy luego fué afectado de trastorno mental. La fiebre duró dos septenarios y la locura se prolongó cerca de dos años, iniciándose la mejoría al finalizar el primero y logrando el enfermo un completo restablecimiento.

La fiebre tifoidea puede ser causa de otra de las formas de locura infecciosa, así por la índole del padecimiento que ataca profundamente el sistema nervioso y, por lo tanto, á sus células cerebrales, como por

las circunstancias individuales de los pacientes y el genio especial de la enfermedad en las diversas Constituciones Médicas.

Esta locura se observa por lo común en la convalecencia de la fiebre tifoidea y adopta las formas de *debilitación de las facultades intelectuales* ó *seudo-demencia*, de *manía* y de *melancolía*. Entre los *locos seudo-criminales* del último quinquenio se halla uno, correspondiente á la Audiencia de Barcelona, de 48 años, casado, encausado por *amenazas*, y que fué declarado exento de responsabilidad por haber realizado el hecho criminoso en estado de *locura consecutiva á infección tífica*.

En la viruela, el sarampión, la escarlatina, la difteria, la erisipela y el cólera, se presenta alguna vez la perturbación mental, sobre todo en la convalecencia, pero con mucha menor frecuencia que en la grippe y en la fiebre tifoidea.

El paludismo, así agudo como crónico, puede ser el origen de la locura del mismo nombre que adopta ordinariamente las formas de *estupor* y de *manía*. A esta causa son debidas no pocas de las perturbaciones mentales que suelen observarse en los países intertropicales en personas que han padecido diversas manifestaciones de paludismo.

La *locura tuberculosa* adopta las formas de hipocondría ó lipemania, locura lúcida ó consciente, dipsomania, parálisis general y locura persecutoria, y puede ser debida á la localización de la tuberculosis en el cerebro ó en las meninges.

La *pelagra*, llamada en lo pasado *mal de la rosa* ó del *monte*, presenta en sus últimos períodos con mucha frecuencia un trastorno mental en forma de *melancolía*, con insomnio, alucinaciones de la vista y del oído, ideas delirantes tristes y tendencia al suicidio por sumersión, á que se ha dado el nombre de *hidromanía*.

También se observa una *seudo-parálisis general*, acompañada de ideas depresivas y de los fenémenos mentales que corresponden á la *demencia*. Entre los expediehtes de locos seudo-criminales, á que nos hemos referido anteriormente, se halla uno, procedente de la Audiencia de Guadalajara, y que recayó en un hombre pastor, de treinta y dos años, encausado por *incendio*, que fué exento de responsabilidad por padecer de *locura pelagrosa*, consignándose en el dictamen pericial que otros individuos de su familia se hallaban también afectados de pelagra.

Por fin, la sífilis, incluída entre los estados infecciosos, puede provocar ó favorecer la locura, si se une á predisposiciones hereditarias ó á causas ocasionales favorables; pero muchos dudan que pueda por sí determinarla. Se observa á veces la locura en el período secundario,

al presentarse los brotes de sifílides y la fiebre, en forma de manía ó de melancolía, y más frecuentemente en el período terciario, recibiendo el nombre de *sífilis cerebral*, con manifestaciones melancólicas é ideas de persecución, depresión ó excatocia general, y comunmente *seudo-demencia*. En este caso puede acompañarse de la existencia de gomas ó arteritis cerebrales ó de meningo-encefalitis ó no hallarse lesión alguna específica.

Hay divergencia de opiniones respecto á si la sífilis puede ser causa de la parálisis general verdadera, pues mientras unos la admiten otros la niegan.

La mayoría admite una *seudo-parálisis general sifilítica*, que se distingue de la verdadera en que no se hallan las ideas ambiciosas, el temblor es poco frecuente, con especialidad el de la lengua y labio superior, las parálisis son más comunes: hay depauperación del organismo y *cara sifilítica*, el curso es irregular, la curación posible, las lesiones de carácter adhesivo, y recaen en las meninges de ordinario; no es progresiva, sino regresiva, ni el pronóstico es tan fatal ni las lesiones son irremediables como en la verdadera, y el cuadro sintomatológico suele adquirir en poco tiempo la mayor intensidad, llegando á la demencia más acentuada.

De lo anteriormente expuesto, se desprenden las siguientes

CONCLUSIONES

1.ª Que según enseña la clínica, las intoxicaciones y las infecciones figuran como elementos patogénicos de la locura.

2.ª Que el alcoholismo crónico es el factor más frecuente y poderoso en la génesis de las locuras tóxicas, y ejerce gran influencia en la de los seudo-criminales.

3.ª Que las Sociedades y los Gobiernos deben prevenir el alcoholismo por la educación, creación y propagación de los institutos de templanza y medidas prohibitivas adecuadas.

4.ª Que entre las infecciones, la *grippe* es, por su frecuencia, la que origina el mayor número de locuras, siguiendo después los padecimientos tíficos y la sífilis.

DIAGNÓSTICO DE LAS PSICOPATIAS INFECCIOSAS

por el Dr. VICENTE OTS Y ESQUERDO (Madrid).

Hace diez años que Regis y Chevalier-Lavauves plantearon en el Congreso de alienistas de la Rochelle (1) el estudio de las psicopatías infecciosas, y aun siendo numerosos, variados y complejos los trabajos publicados después, puede afirmarse que los rasgos clínicos proclamados entonces por estos eminentes mentalistas del «estado mental constituído ordinariamente por desorden intelectual, estupidez, obnibulación, pseudo-demencia y confusión mental», como caracterista clínico-psíquica de estas locuras, perdura cada vez más y ha conquistado la categoría de axioma frenopático.

Proponiéndome en esta comunicación examinar solo el problema diagnóstico no he de ocuparme de los trabajos de Voisin, Ballet, Charpentier, Seglas, Deny, Briand, Brissaud, Legrain, etc. acerca de las auto-intoxicaciones frenopáticas; ni de los de Hoppe, Meynert, Wagner, Schülle, Kraepelin, Chaslin, Althaus, Marro, etc., concernientes al sindrome ó patogenia de estas afecciones mentales. No obstante, este mutismo no puedo aplicarle al notabilísimo y concluso trabajo de Regis, coronado en 1898 con el premio Aubanel, por ser el resumen de cuanto se ha escrito desde Georget hasta fin del pasado siglo y estar adornado de inestimables enseñanzas clínicas, tan ampliadas y completas, que imposibilitan todo intento de innovación.

El sabio catedrático de medicina mental de Bordeaux nos da á conocer en dicha memoria como síntomas somáticos de la psicosis infecciosa: «la cefalalgia, insomnio, ataques histéricos, epilépticos, tetánicos ó comatosos, desigualdad pupilar inestable, temblor en forma de tremulación de las manos, lábios y lengua, desórdenes gastro-intestinales, circulatorios, secretorios, excretorios, nutritivos, térmicos, etc., y como sindrome psíquico: enbotamiento mental, confusión, amnesia y onirismo alucinatorio». No vacilo en declarar que esta descripción magistral abarca cuantas modalidades y mutaciones nos ofrecen las determinaciones psicopáticas de las toxinas bacterianas en su triple variedad de *psicopatías bacílares* ó febriles, *bacilo-toxinas* y de convalescencia y *endo-toxinas* ó consecutivas á la enfermedad infecciosa.

(1) Rapport sur les maladies mentales dans leurs rapports avec les auto intoxications. Sesion 1 Agosto 1893.

Hago omisión de los dos primeros grupos de transtornos mentales, por ser patrimonio frecuente de la clínica común, circunscribiendo mi atención á las perturbaciones originadas por las toxinas del bacilo Eberth, Koch, Freidlander, virgula, diplococo de Fraenkel, estreptococo, colibacilo, etc., en el neurona, bajo la forma de procesos genuinamente psicopáticos con sus características de cronicidad, apirexia é inconsciencia patológica.

Esta consideración aclara y justifica la divergencia de mís conclusioes con las instructivas enseñanzas de Regis.

Mi trabajo se basa en 20 observaciones clínicas, de las cuales he publicado una consecutiva á la fiebre tifoidea (1) y otra á la fiebre puerperal (2) en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* de Madrid y otras dos á una pneumonía y á la grippe (3) en la *Correspondencia Médica* de Madrid.

En una exposición sintética como esta no es permitido descender al análisis clínico-sintomático, más apropiado á las diarias escaramuzas del guerrillero científico, que á las grandes batallas decisivas de un Congreso Internacional, y por esta razón me remito para el detalle á lo publicado en la prensa médica, y sólo me atengo al cuerpo de doctrina basado en lo observado.

En todos los enfermos he comprobado el sindrome somático de Regis, con la variante de ser la *cefalea una excepción*, y dominar más bien una *cenestalgia*, que sume al paciente en situación incierta, abocada á temerarios peligros, y que por sí sola justifica plenamente la existencia de la confusión temerosa, propia de su estado mental; también he confirmado la variabilidad del reflejo lumínico, pero descansando siempre sobre una base de *midriasis*, más constantes que las rápidas mutaciones iridianas; y, finalmente, por lo frecuente debo mencionar la *sitofobia*, síntoma no indicado por Regis, acaso por incluirlo en sus desórdenes gastro-intestinales, y que por su constancia y relieve debe tener un puesto entre los síntomas físicos.

En el orden mental estoy de acuerdo con el sabio alienista de Bordeaux, porque sus cuatro características de «entorpecimiento, confusión, amnesia y onirismo» son especiales de cuantos psicópatas infecciosos llevo tratados hasta el presente; sin embargo, he de añadir alguna indicación de reflejar claramente mis observaciones.

Dentro de este sindrome mental existe la característica patognomónica de interrumpirse con frecuencia la confusión por *eclipses* bre-

(1) Número 663, 21 Octubre de 1900.
(2) Número 696, 22 Junio de 1901.
(3) Número 1.708, 8 Mayo de 1902.

ves ó duradoros de completa lucidez psíquica, rayana muchas veces en la cordura; ofrece asimismo la condicional de no observarse una sistematización, una especialización de un concreto orden de ideas delirantes, según han indicado varios alienistas, predominando más bien temores vagos é inciertos, que son producto de la cenestalgia mencionada, perfectamente descrito por los alemanes en su *Verwirtheit*, por los franceses en la *Confusion mentale* de Charlin, por los italianos en su *stato sognante*, y que yo designaría en el idioma de Cervantes *extrañamiento temeroso* al medio que les rodea, los cuales descansan en un fondo de debilitación mental; y, por último, al contrario de lo consignado por Regis de que «el recuerdo del acceso se olvida después de la curación», puedo afirmar que en la mayoría de mis enfermos ha existido más bien una hipermnesia gradual, más acentuada á medida del establecimiento de la curación, que le permitía recordar los menores incidentes y detalles ocurridos durante sus accesos epileptiformes ó catatónicos.

En las psicopatías consecutivas á la septicemia puerperal he observado una dilatación del cuello uterino, tan acentuada como en el mes consecutivo al parto, que permite fácilmente el paso del índice hasta franquear el orificio interno. Cuando la locura cuenta más de un año de antigüedad, el dedo índice penetra con libertad á través del orificio externo, quedando detenido en la cavidad cervical. Este que pudiera llamar signo somático de la antigua locura de Marce, se comprueba en la mayoría de los enajenados, y no habiéndolo indicado hasta hoy ningún alienista, llamo la atención de los señores congresistas acerca de su importancia diagnóstica.

Con estas adiciónes y restricciones creo que el cuadro sintomático trazado por Regis queda más de acuerdo con lo mostrado en la actualidad por la clínica psiquiátrica.

Una ligera indicación he de apuntar respecto á la determinación de estas psicopatías, aun á trueque de invadir un terreno científico que apenas me es familiar: la histología cerebral.

La neuritis central de Wagner apenas justifica este sindrome. La cromatolosis difusa del protoplasma y la destrucción parcial del espongioplasma comprobada por los histólogos en las infecciones, sólo podrá aceptarse el día que se encuentre en estas locuras. Actualmente sólo nos es permitido invocar hipótesis, y yo me atrevo á formular una que puede explicar la producción del síndrome.

Aceptada la teoría de Cajal acerca de la participación de las células de neuroglia de la sustancia gris en las fases de actividad y reposo cerebral, puede suponerse que las toxinas infecciosas, al invadir

el riego sanguíneo encefálico produzcan en las prolongaciones de dichas células y aun en todo su protoplasma una especie de hidratación, que determinará un aislamiento de las expansiones protoplasmáticas nerviosas al penetrar las de neuroglia entre las arborescencias nerviosas. Con esto hipótesis queda, á mi modo de pensar, plenamente justificada la confusión onírica patognomónica del sindrome mental infeccioso.

El pronóstico de estas locuras es de curabilidad, siempre que la sobrecarga degenerativa cerebral no facilite el arraigo de una locura consecutiva.

El tratamiento ha de tender á lavar la sangre, para desembarazarla de las toxinas infecciosas, descartando toda coerción y adicionando el encarnamiento; pero, por su importancia, he de mencionar una restricción imprescindible en la aplicación de la reclusión manicomial.

Mi práctica me ha demostrado que la reclusión manicomial retarda la curación, si se mantiene una vez iniciada la lucidez mental ó el eclipse de cordura, y que si en estas condiciones es reintegrado el enfermo á su familia, la curación definitiva sobreviene con rapidez. Así, pues, el alienista tiene el deber moral de proscribir prematuramente la reclusión manicomial de estos psicópatas, para no causar un lesivo retardo á la conquista de su salud mental.

MENTALIDAD DEL DEMENTE PRECÓZ

por el Dr. D. VICENTE OTS Y ESQUERDO (Madrid).

Al crear Kraepelin la demencia precoz ha planteado un problema nosológico importante, que á los mentalistas contemporáneos corresponde resolver. El de sí esta nueva entidad psícopática merece un puesto independiente dentro de la nosología psiquíatrica.

En la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* de Madrid, publiqué un trabajo (1) rechazando el diagnóstico de demencia precoz formulado por el Dr. Pitres en un loco tratado por mí y negando la existencia de esta locura como afección mental independiente. No insistiré aquí en los razonamientos allí expuestos.

Voy á circunscribirme al análisis de la mentalidad del demente precoz ó mejor dicho de los candidatos á estas psícopatias.

El primer mentalista que dió á conocer el psicologismo del pre-

(1) *Demencia precoz* (N.º 1, 7 Junio 1902).

dispuesto á estas locuras fué Esquirol al consignar: «Los que tienen carácter tímido, cobarde é irresoluto, faltos de energía y actividad ó debilitados, están predispuestos á la demencia».

Después infinidad de alienistas han hecho mención más ó menos precisa de esta afección mental, ya que todos han podido observar casos de psícopatias de la pubertad, evolucionando rapidísimamente á la nulidad intelectual, afectiva y volitiva, constituida por la estación de término de las locuras: la demencia.

Para conocer la filiación psícopática de estos enfermos he procurado reconstituir en cuantos he visto la mentalidad anterior al padecimiento, valiéndome de las referencias y las directas interrogaciones y casi todos he podido clasificarlos en dos grupos: *apáticos* y *expansivos.*

Los de la primera categoria, los *apáticos,* constituian el semillero donde mas abundante cosecha hace la demencia precoz. Desde niños se les ve apartarse de sus compañeros, aislarse, retraerse, sufrir frecuentes distracciones, ser indiferentes, irresolutos, parésicos mentales y al propio tiempo dóciles, estudiosos y sugestibles. Este psicologismo especial les vale al dictado de jóvenes viejos con que generalmente se les denomina.

Los *expansivos* forman la antitesis de los apáticos. Muestran una vivacidad intelectual extraordinaria, que llega con frecuencia á la incontinencia mental, con todas las consecuencias de sus derivaciones psíquicas, la inconvenencia é inoportunidad; expansiónanse con el primer advenedizo, trabando intima familiaridad; aprecian, juzgan y critican problemas, cuyas más elementales premisas desconocen; al lado de no raras necedades muestran en su conversación sutilezas chocantes, que les valen el título de imprescindibles en las reuniones familiares; aprenden al principio con facilidad nociones exógenas, figurando los primeros en la clase, para quedar después estacionados y finalmente retrógrados; en la ponderación de sus facultades intelectuales percibese un desequilibrio manifiesto; y son incapaces de todo trabajo continuado y sostenido.

Estos dos abreviados bocetos del período llamado por Christian de incubación de la demencia precoz revelan por modo claro que todos los portadores de dicha mentalidad han nacido ó adquirido una viciosa construcción cerebral, equiparable perfectamente á la tenida por los jóvenes heridos de muerte intelectual por el *infantilismo,* tan bien observado y descrito por Brouardel, la cual les condena á morir socialmente tan pronto su entraña craneana se ve obligada á reaccionar y luchar sin auxilio contra los agentes cósmicos y psiquicos

que le asedian. Con esto no hacen más que obedecer á la ley de adaptabilidad al medio.

Asi como el reciennacido con imperfeciones, defectuosidades ó lagunas organicas está condenado á morir por falta de viábilidad, de igual manera el candidato á la demencia precoz irremisíblemente empujado hacia los dominios de la psiquiatría, por el inestable equilibrio cerebral indicado por Marro, por su desigual ponderación psíquica y por los pintorescos *trous* de Magnan, de que son portadores, que les coloca naturalmente dentro de esos dos grupos descritos magistralmente por el sabio mentalista de Santa Ana de París, con la denominación de *degenerados pasivos* y *activos*.

La misma pueriliđad, polimorfismo, negativismo, sugestibilidad, distracción, fatiga precoz, tícs, ecolalia y debilitación intelectiva de sus síndromes psíquicos, paranóicos, hebefrénicos ó catatónicos, ¿no nos indican con claridad su índole degenerativa? Esa rápida decadencia de brillantes facultades á la apática morosidad irritable, ¿no cuadra dentro de la degeneración vesánica? su nula ó escasa mortalidad, ¿no encaja en la habitual longevidad de tales psícopatas? El carácter imbeciliforme de muchas de estas demencias, ¿no les asimila á la segunda gradación degenerativa creada por Morel y perfeccionada por Magnan? La facilidad con que avivamos su actividad intelectual por medio del tratamiento moral y la rapidez con que decae la vivacidad tan pronto les suprimimos dicha medicación, ¿no les asemeja á los idiotas, dados los resultados comprobados por Bourneville, con su plan educativo? La misma frecuencia, por no decir constancia, de la herencia psico ó neuropática en los dementes precoces, ¿no nos denuncia á todas luces su factura cerebral genuinamente degenerativa?

Todas estas consideraciones clínicas y otras que sería prolijo enumerar, nos demuestran que el síndrome descrito hasta ayer con el nombre de hebefrenia, estupemanía, catatonía, locura de la pubertad, de la adolescencia, de la juventud, etc., y hoy bautizado por Kraepelin, con el de demencia precoz, no es otra cosa que un síndrome degenerativo psíquico, de los que ya conocemos, gracias principalmente á las sabias lecciones del Dr. Magnan.

La misma curabilidad de esta psicopatía, de la que he registrado casos no dudosos, y que tiene lugar el 10 por 100 para Kraepelin, y el 8 por 100 para Ehniger, pugnan abiertamente con la denominación genérica de demencia, incompatible con todo vestigio de curación.

Si los alienistas contemporáneos persisten en conceder un puesto

aislado á esta locura en la nosología frenopática, no dudo que dentro de unos años, sufrirá igual suerte que el estupor de Baillarger, la melancolía perplégica de Lassegue, el estupemaníaco de Dagonet, la catatonía de Kahlbaum, y la hebefrenía de Hecker, pasando á la categoría de sindromes común á diversas afecciones mentales, y quedándole sólo mera importancia histórica.

Deduzco de estas consideraciones que la mentalidad del demente precoz, aparece identificada con el rasgo patognomónico indicado por Magnan á los degenerados: (1) «el defecto de equilibrio entre las facultades morales é intelectuales... con sus características de variabilidad y movilidad», y, por lo tanto, solo debe estudiarse como sindrome psíquico de la locura degenerativa.

TRATAMIENTO ESPECIAL DEL ALCOHOLISMO

por el Dr. JOSE RODRIGO GONZALEZ (Ciempozuelos).

Señores:

El más hnmilde de los médicos españoles saluda afectuosamente á sus colegas en general, y muy particularmente á los extranjeros, dándoles la bienvenida á nuestra desgraciada España, que, anque hoy se halla muy pobre, conserva, á través de tantas calamidades y desdichas como por ella han pasado, la nota de hospitalaria y agradecida con que la historia plugo marcarla.

Dedicado desde el año 1882, hasta la fecha, al estudio y tratamiento de la locura, en los manicomios de Ciempozuelos, situados en las inmediaciones de Madrid; encargado de la dirección facultativa de los mismos, que en la actualidad albergan una población de 900 orates próximamente; he tenido, por necesidad, que apreciar las causas más activas y más frecuentes que obran sobre el individuo, predisponiéndole ó determinando en él, la enagenación mental. De los numerosos agentes que contribuyen directa ó indirectamente en este sentido, unos como agentes indiscutibles para todos los médicos, otros más dudosos, y como tales discutidos, ninguno llamó más poderosamente mi atención que el alcohol; no tan solo por el gran número de locuras que produce, sino que también por el gran número de trabajos científicos y sociales que de él se ocupan; así como por la ansiedad general con que el mundo civilizado espera el remedio á tantos males como el al-

(1) «Maladies mentales», París, 1897, pág. 40 y 41.

cohol lleva producidos; deseo expresado en sus mismos trabajos y extendido por la prensa del mundo civilizado. Muchas horas, días y años, han transcurrido, sin que nuestro pensamiento se haya desviado del estudio del alcoholismo, y de seguir paso á paso el efecto del tratamiento seguido para combatirle. Muchísimas decepciones hemos tenido en nuestra práctica, sucediéndonos que, cuando más animados nos encontrábamos creyendo que habíamos triunfado, una derrota truncaba nuestros esfuerzos. Nunca nos dimos por conformes con la opinión tan generalmente sentida de que para curar el alcoholismo, no había más remedio que aislar al enfermo en una casa de salud (especial), en donde se le privaría, por fuerza, del uso de las bebidas alcohólicas durante medio ó un año para hacerle perder el hábito adquirido, (sin que por eso le desecháramos como auxiliar poderoso en muchos casos).

Despues de muchos ensayos, hemos llegado á plantear un tratamiento de resultados positivos; no sólo por lo que hace relación á la curación del alcoholismo, sinó muy principalmente por la aversión á las bebidas alcohólicas, que crea en el organismo del alcoholizado el tratamiento aludido á los tres ó cuatro días de empleado. No creemos en manera alguna que hayamos hecho un descubrimiento importante, pero sí sostenemos la bondad de nuestro tratamiento; y ofrecemos este modesto fruto de nuestro trabajo y observación, á los miembros del Congreso Internacional de Medicina, por si les parece útil y aprovechable, quedando sumamente complacido, si he podido contribuir con un grano de arena á la formación del grandioso edificio de la Clínica médica.

He creido útil y conveniente para el fin que me propongo, estudiar de un modo concreto y breve: primero, el alcohol como cuerpo químico; su producción con relación á la Higiene; las bebidas espirituosas más principales para el consumo del hombre, vino, cerveza, sidra; con los datos más importantes sobre su composición, adulteraciones y consumo. Ocuparme después del alcohol como medicamento, del alcoholismo agudo y crónico, de las neuritis y cirrosis hepáticas alcohólicas, seguidas de su tratamiento por nuestro método, pareciéndonos indispensable relatar á continuación algunos casos clínicos que confirman el buen resultado obtenido por este.

PRIMERA PARTE

CAPITULO I

ALCOHOL, SU HISTORIA Y COMPOSICION

De difícil resolución es el precisar de que época data el descubrimiento de este cuerpo, porque aunque los Egipcios, según Lunier, conocieron la cerveza, y en el libro bíblico de los Proverbios XXXI, 6-7 leemos: »dad cerveza al que se muere de inedia y vino á aquel que tenga amargura en el corazón, para que bebiendo olvide su miseria y no recuerde ya su pena», y con más autoridad sabemos que Noé, primer elaborador del vino, fué también el primero en sufrir los perniciosos efectos de su abuso; esto no obstante, no se había llegado á su separación del vino, hasta que en la Edad Media los alquimistas, buscando la quinta esencia, descubrieron esta cuerpo. Para unos fué Raimundo Lulio, para otros Arnaldo de Villanueva, médico del rey de Aragón, Pedro III, y sabio alquimista que vivió entre los años 1240 y 1311; fué el que describió los efectos de esta substancia, propalando su empleo por Europa, y para los más, los Arabes (quizás Albucasis), conocieron el producto de la destilación del vino, al que llamaron alcohol, cosa sutil, aunque hay muchos autores que no están conformes con esta procedencia y creen que este nombre proviene de la radieal Kali, que significa quemar.

En un principio, se empleaba solo como remedio contra determinadas enfermedades, y, sobre todo, para uso externo en la patología quirúrgica, después en la médica, estando por lo tanto su despacho ó cargo de los boticarios y droguistas. Sus aplicaciones á la química y á la industria, así como su consumo bajo la forma de aguardiente y de licores, le lanzaron desde el obscuro rincón de una botica á recorrer los grandes centros de la industria y del comercio, haciéndose en poco tiempe un poderoso medio de riqueza en muchas naciones y un agente de destructrución y degeneración del género humano. Si sus descubridores hubieran podido calcular siquiera la vigésima parte de los daños que el alcohol había de producir, es seguro que le hubieran lanzado de nuevo á la obscuridad y á lo desconocido, de donde nunca de biera de salir, ó todo lo más, pensando como Gallaverdin, se le hubiera empleado como medicamento.

Es preciso llegar al año 1796 para encontrar el alcohol absoluto; es decir, separado de toda mezcla, hasta del agua, su mejor y más fácil compañero. Dumas y Peligot, en el primer tercio del siglo XIX,

descubrieron la familia de los alcoholes puntualizando sus funciones y abriendo ancho campo en la química para su estudio y aplicaciones, teniendo dos propiedades comunes á todos ellos: primera, la de ser oxigenados; segunda, que al unirse con los ácidos minerales ú orgánicos obran como las bases hidratadas, dando lugar á la formación de éteres con desprendimiento de agua.

Dentro de esta numerosa serie los hay sólidos, como el cinámico y la colesterina $C_{25}H_{44}O$, grasos como la glicerina $C^3H_8O_3$, y líquidos en su mayor parte. Los adelantos de la química en nuestros días han permitido hacer de ellos dos grupos:

1.° Alcoholes mono-atómicos.
2.° Alcoholes poliatómicos.

Los mono-atómicos se dividen, según su producción, en los obtenidos por fermentación, por destílación ó síntesis é iso-alcoholes.

Su composición.

Tres cuerpos en combinación molecular igual para el carbono y el oxígeno y en dos partes más para el hidrógeno constituyen el cuerpo llamado alcohol absoluto; pero como no es del alcohol absoluto (producto caro) del que el comerciante se ha de valer para la venta de vinos, aguardientes y licores, nos es preciso dar una lista de composición de los alcoholes que más arriba ó adelante hemos mencionado.

ALCOHOLES MONO-ATOMICOS

A. *Por fermentación.*

Alcohol etílico ó hidrato de etilo............	C^2H^6O. Descubierto en 1300 por Arnaldo?
Propílico ó hidrato de propilo...............	C^3H^8O. Chaucel 1853.
Butílico ó hidrato de butilo................	$C^4H^{10}O$. Wnrtz 1852.
Amílico ó hidrato de amilo..................	$C^5H^{12}O$. Scheele 1795.

B. *No fermentación.*

Alcohol metílico...........................	$C\,H^4O$. Taylor 1852.
» enantílico..........................	$C^7H^{16}O$, Faget 1862.
» caprílico...........................	$C^8H^{18}O$.
» cetílico............................	$C^{16}H^{34}O$.

C. *Iso-alcohol.*

Alcohol Isopropílico......................	C^3H^8O.

ALCOHOLES POLI-ATOMICOS

Alcohol triatómico.

Glicerina................	$C^3H^8O^3$.

Siendo el alcohol el elemento principal (el que le caracteriza, digámoslo así) del vino, cerveza, sidra y demás bebidas espirituosas, licores y aguardientes, en que según su mayor ó menor proporción serán considerados como de más valía, y siendo, sobre todo, el vino, el líquido de que se ha de extraer la mayor y mejor cantidad de alcohol, y el que más consume el hombre, y variando tanto, como más adelante veremos, los efectos que este cuerpo produce en el individuo, según sea extraído de un producto ó de otro, ó según se le mezcle con esta ó aquella planta ó substancia, nos precisa ocuparnos, aunque muy á la ligera, siguiendo el orden anunciado por nosotros y marcado por la higiene al tratar de este asunto, del vino, cerveza, sidra y licor llamado ajenjo (este por su toxicidad especial) de que más consumo se hace, diciendo también cuatro palabras sobre algunos otros licores ó bebidas espirituosas.

CAPITULO II

VINO

Se obtiene de la fermentación del mosto que es el jugo de la uva extraído por expresión. El color de la uva es blanco más ó menos cereo ó rojo obscuro, casi negro. El mosto de la primera produce vino blanco y el de la segunda vino tinto ó rojo, aunque lo que le da el color es la clase de casca con que se cuece ó fermenta, pues si al mosto de la uva blanca se le hace fermentar con la casca de la uva negra, resultará vino tinto y viceversa, pues el ollejo ó película es la que lleva la materia colorante, que es insoluble en el agua y soluble en el alcohol. Todos ó casi todos en nuestro país sabemos de una manera general como se elabora el vino, y, por consiguiente, nada hemos de decir sobre este particular, aunque por desgracia sepamos que esta materia con raras y honrosas excepciones, es para nuestros viticultores cuestión de práctica rutinaria, y hoy se hace lo mismo que practicaban nuestros antepasados, sin aprovechar los grandes adelantos que la industria y mecánica moderna pone á nuestra disposición.

COMPOSICIÓN MEDIA DEL VINO SEGÚN A. GAUTIER.

Agua	869,00
Alcohol	109,00
Alcoholes diversos, éteres y perfumes	Indicios
Glicerina	6,50
Acido succínico	1,50
Materias albuminoideas, grasas, azucaradas, gomosa y colorantes	16,00

Tartrato de potasa	4,00
Acido acético, propiónico, cítrico, málico, carbónico.	1,50
Cloruros, bromuros, ioduros, fluoruros, fosfatos de potasa, sosa, cal, magnesia, óxido de hierro, alumina, amoniaco	1,50

Por el anterior cuadro, vemos que el agua es tan abundante en el vino, que se pueden admitir como límites extremos de 80 á 92 por 100, según sea el vino fuerte ó débil. El alcohol puede oscilar entre 6 y 23 por 100, según sea la calidad del vino. En el mosto se halla el azúcar, pero bajo tres formas distintas; la dextrosa, la levulosa y la inosita. Las dos primeras, son las que producen el alcohol por fermentación; pero la inosita, pasa íntegra al vino, en una proporción entre 2 y 80 por 100. Además, tiene el vino la glicerina, goma, mucílago, albumina, llamadas substancias indiferentes. El tanino, materias colorantes, los éteres, tartratos de potasa, ácido tártrico libre, los ácidos mencionados en la tabla de Gautier, así como las demás substancias minerales.

CLASIFICACIÓN DE VINOS DE BOUCHARDAT

PRIMERA CLASE.—VINOS CON PREDOMINIO DE UN PRINCIPIO.

A. *Alcohólicos.*

Vinos secos	Madera, Marsala.
Vinos dulces	Málaga, Lunel, Banguls.
Vinos de paja	Arbois, Ermitage blanco.

B. *Astringentes.*

Con aroma	Ermitage rojo.
Sin aroma	Cahors.

C. *Acidos.*

Con aroma	Vino del Rhin.
Sin aroma	Vinos de Gonais, de Argenteuil.

SEGUNDA CLASE.—VINOS MIXTOS Ó COMPLETOS.

A. *Con aroma.*

Borgoña	Clos, Vougeot, Mont Rachel.
Medoc	Château-Larose, Sauterne.
Mediodía	Langlade, Saint-Georges.

B. *Sin aroma.*

Borgoña y Burdeos ordinarios.

Es indudable, que el maravilloso compuesto, llamado vino, puede ser considerado como un ser vivo, capaz de sufrir enfermedades susceptibles de tratamiento y curación. Estas alteraciones que sufre, no son, en resumen, más que fermentaciones desarrolladas por los gérmenes del aire, en vinos en condiciones adecuadas para ellas; así vemos que el mycoderma vini, invade á los vinos cuando están picados, siendo destruidos por temperaturas muy bajas. El mycoderma aceti produce los vinos agriados, que se mejoran poniendo 80 gramos por hectólitro de vino de tartrato potásico. La pulga, filamento parasitario, ténue y con semejanza bastante al fermento láctico, ocasiona los vinos denominados vueltos, maleados, azules. Además, existe otro fermento que produce los vinos oleosos, filamentosos y grasosos. Est s enfermedades se curan con el tanino en cantidad de seis á siete gramos por hectólitro de vino. Los vinicultores de nuestro país, cuando los vinos se ponen amargos (enfermedad producida por filamentos articulados) les añaden de 250 á 300 gramos de cal por hectólitro. Los vinos tienen senilidad ó vejez; cuanto más avanzada más fuerte y más grata.

Es natural que el vinicultor y el comerciante en vinos procuren presentar su género en las mejores condiciones de gusto, olor, etc., y de aquí que le haga sufrir correcciones que se consideran como adulteraciones por la higiene, cuando de ellas pueden resultar perjuicios á la salud del consumidor, y que por lo menos la ley ha de castigar como fraudes, cuando en vez de un litro de vino puro, por ejemplo, resulte no dar nada más que tres partes ó menos de él y otra de agua adicionada, etc., etc.

Entre las correcciones para mejorar el enturbiamiento del vino, se halla la colada ó el aclaro del mismo, según decimos en España, empleando para ello la gelatina disuelta (15 ó 20 gramos por hectólitro) ó dos ó tres claras de huevo bien batidas con medio cuartillo de agua y 25 á 30 gramos de sal marina, agitando fuertemente el tonel ó tinaja que contiene el vino; operación que en mnchos puntos se designa con el nombre de dar de bastón al vino. Cuando hay un vino de mal gusto, demasiado áspero ó de mala calidad, tratan de endulzarlo ó azucararlo valiéndose para ello de añadirle ó mosto cocido y condensado ó el azúcar de caña ó de remolacha, consiguiendo con esta operación, además, que el vino se conserve más tiempo sin ponerse agrio. También suelen añadir la glicerina para dar más cuerpo al vino, conservarle mejor y suavizar su acidez.

Muy frecuente es para el que le gusta presenciar las operaciones para obtener el mosto, el ver que en muchos lagares ó sitios en que se pisan las uvas, hay siempre preparada una espuerta llena de yeso con

el que, según van cayendo los racimos de los cubetos ó cestos en el lagar, se les va echando una rociada de ese yeso; ó bien cuando la uva está ya extendida para pisarla, se arroja por encima una capa blanca del mismo en más ó menos cantidad, según la madurez ó acidez del fruto.

Esta corrección ha sido considerada, sobre todo, en Francia, como muy perjudicial á la salud, siendo causa de grandes quebrantos á los vinicultores, que ignorantes de esto, seguían en años anteriores haciendo uso del yeso del modo dicho, creyendo que á nadie perjudicaban con eso; hasta que sabedores de ello no lo han empleado tanto, ó por lo menos, se han ocultado para hacerlo. No obstante, un estudio atento sobre esta correccíón de la acidez de la uva, ha llegado á convener á los higienistas que la adición del yeso es solo perjudicial á la salud de los consumidores, cuando del análisis del vino resultan más de dos gramos por litro de este, de sulfato de potasa. En las correcciones con el alcohol para darle más fuerza y conservarle mejor, que es lo que llamamos vulgarmente encabezar vinos, lo que hace considerarla como perjudicial, más que la cantidad es la calidad del alcohol empleado, sobre todo si es el llamado amílico que tan malos efectos produce.

A tanto se atrevieron los expendedores de vinos, sobre todo los franceses, durante la crisis vitícola porque pasó su país á causa de la filoxera, para lucrarse villanamente, que ya no se conformaron con adulterar el vino, dando color al anémico, dulzor al amargo y agua de largo al más seco hasta convertirlo en hidrópico, sino que, cual dioses supremos, quisieron imitar á Nuestro Señor Jesucristo en las bodas de Canaam, haciendo del agua vino merced á la adición de la fuchina arsenical, al extracto de las bayas de ligustro, el de bayas de phitolaca decandra, etc., para darle color, y al alcohol industrial baratísimo de patata y congéneres para darle fuerza; consiguiendo ganancias fraudulentas enormes, á cambio de intoxicar á media humanidad. Afortunadamente, este fraude casi ha desaparecido, sucumbiendo á las manos, podemos decirlo así, de la misma química industrial que tanto había contribuido para crearle, dando armas al higienista para que en su laboratorio le conociese y desenmascarándole le anulase.

Los enemigos del vino, después de sacar á la plaza pública sus defectos, nos dicen: que no es un producto necesario para la conservación humana, dándonos como prueba contundente, la de que el hombre vivió muchos siglos, hasta Noé sin necesitarlo, así como hay muchos individuos en la actualidad que no lo beben y, sin embargo, dis-

frutan de buena salud. Esta es una verdad innegable; pero no lo es menos que el hombre siempre ha deseado y logrado, habite la región que sea, poseer un líquido espirituoso más ó menos parecido, en sus efectos y cualidades, al vino, allí donde no se cultiva la vid, que le sirva de estimulante de su alegría y haga más fácil la comunicación entre los individuos que se reúnen para celebrar alguna fiesta, conmemorar algún hecho glorioso ó festejar á algún personaje; sirviéndole á la par para ayudar á la digestión, en individuos debilitados del estómago, ó que, habiendo ingerido en él más cantidad que la acostumbrada de alimentos, necesitan su ayuda para hacer bien la digestión de ellos.

Constituyendo, además, una fuente de riqueza la producción del vino en los países en que prospera la vid, y siendo, por otra parte, un líquido que al buen gusto reúne un aroma agradable al olfato, nada de particular tiene que sea considerado como producto, si no necesario para la conservación humana, por lo menos indispensable para un grandísimo número de personas en el estado de salud, pues en el de enfermedad es un agente precioso del cual el médico se vale, sea en un período sea en otro de su desarrollo.

Aunque, como veremos más adelante, del abuso del vino puede resultar la embriaguez y hasta llegar el alcoholismo, siempre resultará que lo mismo sucede con toda substancia de que se abusa, por buena que en sí sea, incluso los alimentos, y no por eso se les desecha; y si tenemos en cuenta que entre todas las bebidas espirituosas, el vino natural es la menos perjudicial, cuando de ellas se abusa, y que la ectadística nos ha demostrado que en donde menos estragos hace el alcoholismo es en las regiones en que se produce más y mejor vino, no podemos menos que aplaudir todas las medidas protectoras que para el cultivo de la vid dicten los gobiernos, disponiendo, al mismo tiempo, que se elabore un buen vino natural; persiguiendo activa é implacablemente á los adulteradores y falsificadores de él; propagando, á la par que las reglas de la higiene en esta materia, el medio ó modo de conocer el daño para evitarlo.

CAPITULO III

CERVEZA, SIDRA, LICOR DE AJENJOS, ESPIRITUS, AGUARDIENTES Y LICORES

Cerveza.—Los griegos fabricaban este líquido con cebada (oîros xpídiros). La cervoise de los galos (cerevisia, vino de Ceres) es la misma cerveza de nuestros dias. *La Higiene*, de J. Arnould, la define

como bebida alcohólica de muchísimo consumo, que se obtiéne por la fermentación de la cebada (que puede ser sustituída por otro cereal) y aromatizada por el lúpulo.

En la composición de la cerveza entra una gran cantidad de agua; contiene de 1 á 8 por 100 de alcohol, según su calidad; substancias albuminosas, cantidades notables de azúcar, dextrîna, glicerina, ácido sulfúrico, una materia extractiva parda, una materia grasa amarilla, resinas y substancias amargas, ácido tánico, extracto de levadura, ácido láctico y lactactos, ácido acético y acetatos, malatos, sales amoniacales, cloruro de sódio y de potasio, sulfato de potasa, fosfatos de potasa, sosa, cal, magnesia, sílice, óxido de hierro y ácido carbónico. Las materias albuminoídeas en la proporción de 5,26 gramos, por litro de buena cerveza. El ácido fosfórico se ha enconrado en la cantidad de 0,80 gramos por litro en las cervezas superiores, que es tanto como hay en 530 gramos de carne de vaca ó en 220 gramos de pan. El extracto sólido es, por término medio, de 50 gramos por litro.

También en la cerveza se observan enfermedades parecidas á las que hemos mencionado al ocuparnos del vîno, y que como en éste, ad miten corrección, 50 gramos de bicarbonato sódico bastan para hacer desaparecer el ácido, picor y ágrio de un hectolitro de cerveza de fermentación acética. De 8 á 10 gramos de tanino se añaden á un hectolitro de cerveza que padeza fermentación viscosa, verde, filamentosa, para corregirla, ó de 25 gramos de catecú para el mismo fin.

En la elaboración de la cerveza, el principal elemento es la cebada convenientemente preparada, que es cuando recibe el nombre de malta. Puede ser sustituída por otras semillas, que no son nocivas al consumidor; pero si se sustituye, como algunos quieren, con la patata, puede ser muy dañina por el alcohol amílico que se produce.

El lúpulo, que es otro de los componentes de la cerveza, puede ser sustituído (por su precio relativamente caro) con la coca de Levante, la estricnina, la colchicina, la belladona, ajenjos, etc., etc., substancias tóxicas, y por consiguiente muy dañinas al hombre; pero, afortunadamente, el procedimiento sencillísimo de Dietzich permite reconocer la sustitución del lúpulo por estas substancias, siendo esto causa que no se observe apenas esta adulteración de la cerveza.

En nuestro país, hasta hace unos cuarenta años, apenas se usaba la cerveza más que como aperitivo; en la actualidad se hace más consumo de ella, especialmente en las ciudades, siguiendo empleándola también como tónico estomacal en la convaleceucia de las enfermedades de larga duración. La clase de cerveza que más comunmente se usa, es la que se llama floja amarga y cuyo alcoholismo es muy tenue, des-

conociendo con muy raras excepciones, esas clases de cerveza tan cargadas de alcohol que se consumen con delicia en el Norte de Europa.

Sidra.—Ocupa el tercer lugar entre las bebidas alcohólicas fermentadas. Se elabora con manzanas de variedades especiales, bien maduras y estrujadas para favorecer el cocido ó fermentación. El primer mosto que se obtiene se emplea para hacer la sidra fuerte, que es muy alcohólica; pero, generalmente, se mezcla con el mosto débil para obtener una sidra de fuerza alcohólica media. En las provincias vascongadas, Santander y Asturias, se elabora y consume mucha sidra, reservando para la venta al exterior la llamada sidra achampanada, que resulta una bebida muy agradable y estomacal.

En 1.000 partes de esta sidra hay: agua, 790; azúcar alcoholizable, 183; mucílago ó peptosina, 11; tanino, 4; ácidos libres (málico, tártrico, etc.) referidos al título del ácido sulfúrico mono-hidratado, 1,07, albúmina y fermento, 7; materias salinas (cal, malatos de potasa y de cal, fosfato de cal), 1,75; ácido péptico, materia colorante, aceites grasos y volátiles, substancias en suspensión, 2,18.

La sidra, como las anteriores bebidas obtenidas por fermentación, se puede poner filamentosa, viscosa y grasa, corregiéndose esta enfermedad con los astringentes; 26 gramos de catecú por hectólitro de sidra, matan el fermento alcohólico. Cuando se ennegrece y avería por exceso de sales alcalinas, bastan para saturarla 21 gramos de ácido tártrico por hectólitro de sidra. En el verano, que se presenta muy húmedo, es atacada de la *pulga*, pero basta trasladarla á cubas bien azufradas para hacerla desaparecer. Los elaboradores que se descuidan y dejan sin llenar bien los toneles con la sidra, se les llena de flores y puede llegar á la putridez.

La sidra en buenas condiciones da aproximadamente de 3 á 6 partes de alcohol por 100, de 18 á 30 de extracto y de 1,7 á 2,80 de cenizas. Aunque no sufre tantas (alteraciones) adulteraciones y fraudes como el vino y la cerveza, también se la adiciona agua y alcohol y se la sofistica con tierras calcáreas, creta y ceniza para saturar los ácidos, y se la adicionan las sales de plomo, litargirio y cerusa para combatir el sabor amargo.

Espíritus, aguardientes y licores.—Todas estas bebidas son un compuesto de agua y alcohol en variable proporción, con un aceite esencial qus le da un perfume especial. Todos se obtienen por la destilación del vino, cerveza, sidra y demás líquidos alcohólicos, teniendo un sabor especial, según su procedencia, y el más estimado, más abundante y menos dañino es el sacado de la destilación del vino. Se reserva la palabra aguardiente para los que tienen de 38 á 61 por 100 de

alcohol; la de espíritus á los líquidos que le contienen en más de 71 por 100 de alcohol, y la de licores á los que contienen alcohol, jarabe y un jugo ó esencia.

No podemos menos que llamar la atención sobre el aguardiente obtenido por la cocción y destilación del orujo (casca y granilla de la uva después de hecho el vino), que en nuestro país se usa mucho en las pequeñas poblaciones, por ser malsano y de un sabor y olor poco grato al paladar, y que desearíamos fuese privado su consumo en absoluto, á menos de ser rectificado convenientemente: vamos á dar su composición.

Contiene un aceite esencial hidrogenado, aceite de pepitas de uva, en el cual se encuentra: alcohol heptílico ó enantílico ($C^7H^{16}O$), íd. octílico ó caprílico ($C^8H^{18}O$) y según Wurtz, alcohol capróico ($C^6H^{14}O$) sin perjuicio del alcohol propílico (C^3H^2O), del alcohol amílico ($C^5H^{12}O$), etc., según Dujardin-Beaumetz y Andige.

Licor de ajenjos.—Hemos de fijarnos un poco más en este que en los demás licores, no sólo por su gran consumo, sino muy particularmente por los muchísimos daños que lleva causados á la humanidad. No podemos decir nada respecto á su adulteracion, excepción de que en vez del alcohol etílico emplean, como más barato, el alcohol de otra procedencia, añadiendo un enemigo más á los que en su composición lleva; lo que sí deseamos, para todos en general, y muy particularmente para los españoles, es que los gobiernos prohiban en absoluto su venta (sobre todo), persiguiendo á los vendedores y fabricantes de este funesto licor, del cual podremos decir con el Dr. Issartier al hablar del alcohol, «bandido que, disfrazado, penetra en vuestra casa amablemente, os seduce con sus atractivos, y, tarde ó temprano, os roba la razón, la salud y la vida», Ya volveremos á ocuparnos de él más adelante, limitándonos aquí á exponer los materiales que, á más del alcohol, entran en su elaboración, y que son: el ajenjo, el hisopo ó hinojo que Cadeac y Meunier colocan en el primer grupo de los venenos del absintismo que producen la epilepsia; y el anís común, el anís estrellado, la angélica, la melisa y la menta, que los mismes señores colocan en el segundo grupo, que obran como venenos estupefacientes.

CAPITULO IV

EL ALCOHOL EN TERAPÉUTICA

Acción fisiológica.—El que empleamos como medicamento al interior no está muy concentrado, y partiendo siempre del principio de que el alcohol absoluto no es dañino en dósis convenientes, debemos

emplear éste debilitado por el agua, y no usar el aguardiente, coñac ni el ron, por si no fuera de origen etílico el alcohol que tiene.

Cuando le empleamos al exterior, unas veces lo usamos debilitado y otras muy concentrado, según el fin que nos propongamos. Si le empleamos en fricciones sobre la piel, sentimos una sensación de frío variable, según los grados que tenga, no dejando residuo alguno al evaporarse, que es lo que nos produce el frío, si el alcohol empleado es absoluto. A la sensación de frío sigue la de un calor suave, que puede llegar á ser tan intenso, que produzca escozor y levante flictenas en la piel, sobre todo si las fricciones son fuertes y un poco continuadas. Si le aplicamos sobre la piel desprovista de su epidermis, resultará un escozor intolerable, la sensación de una verdadera quemadura; dando lugar á una isquemia por estrechamiento de los vasos capilares, con formación de una escara superficial ó más profunda segùn el tiempo que dure el contacto; además coagula los líquidos que bañan la superficie denudada de su epidermis. Cuando administramos el aguardiente, ron, cognac, ó como hemos dicho anteriormente, el alcohol más ó menos concentrado al interior, podemos hacerlo valiéndonos de la absorción pulmonar, de la absorción estomacal é intestinal.

Por la vía respiratoria apenas se usa, á pesar de que se sienten sus efectos hasta llegar á la embriaguez; pero habría que tardar mucho para ello, disponer de grandes cantidades y habitación especial. Por la vía hipodérmica en inyecciones también se emplea, cuando queremos obrar con rapidez, con pequeñas dósis de este agente.

En la ingestión estomacal observamos dos acciones distintas: la una es mediata ó de contacto del alcohol con los líquidos de la boca, esófago y estómago, así como con las mucosas que revisten estos órganos, coagulando el moco y substancias albuminoideas y produciendo una irritación variable, según la concentración del alcohol, pudiendo llegar hasta la formación de escaras con pequeñas hemorragias, dedeterminando, cuando se prolonga su acción por algún tiempo, procesos inflamatorios, sobre todo en el estómago (gastritis). Se observa en estos casos el vómito, que puede ser ocasionado por irritación de la mucosa en su primer contacto y sobrevenir después como síntoma de la gastritis ya formada.

Cuando se bebe una pequeña dósis de alcohol, debilitado con agua ú otro líquido inofensivo, estimula la función fisiológica, llamando la secreción del jugo gástrico y la secreción y escreción salival (con deseos de comer) si no hemos comido, y facilitando la digestión en caso contrario. Idénticos efectos, fuera de estar más diluído el alcohol, se notan en los intestinos, puesto que es el punto en que se absorbe, la

mayor parte por las venas y algo acaso por los vasos quilíferos. Antes de ocuparnos del segundo modo de obrar el alcohol, ó sea después de haber sido absorbido, conviene que digamos hay dos opiniones respecto á si este producto es absorbido sin sufrir alteración alguna, siendo uno de los primeros campeones de esta idea el Dr. Perrin, ó, por el contrario, es un alimento especial de ahorro que en vez de activar las combustiones, las aminora, robando oxígeno á los glóbulos sanguíneos, convirtiendose parte de este alcohol en ácido acético, y después en acetato alcalino y en carbonato que se elimina en substancia, sosteniendo esta opinión los Dres, Dujardin-Beaumetz y Andige en contra de la del otro doctor citado, en las sesiones del 1.° y 8 de Abril del año 1884, celebradas por la Academia de Medicina de Paris siendo el resultado final de la discusión, sostenida con tesón por ambas partes, no sólo en esas sesiones, sino también en las de los días 15 y 22 del mismo mes, favorable á la opinión sustentada por Perrin que presentó pruebas concluyentes de que no alimenta y de que se absorbe en substancia, no sufriendo la menor alteración, depositándose en la sangre y en nuestras vísceras, y muy especialmente en el hígado y cerebro, produciendo descenso de temperatura en dosis altas, por su influencia (que pudiera ser contacto inmediato) sobre los centros termógenos del cerebro. Estos resultados unidos á las observaciones posteriores y autópsicas, llevadas á cabo en individuos fallecidos en plena intoxicación alcohólica, ó muertos accidentalmente por otra causa, habiendo ingerido poco antes este líquido, teniendo todavía más fuerza que las observaciones y experiencias hechas por el Dr. Perrin por haberlas llevado á cabo en animales; nos hacen creer que, en efecto, el alcohol no sufre transformación alguna en nuestra economía y, por consiguiente, no es alimento.

Una vez absorbido en pequeña ó moderada cantidad, actúa sobre el sistema nervioso central, produciendo ligera excitación de las facultades intelectuales y afectivas (sangre de cordero de los antiguos), haciéndose más expansivo y comunicativo, cariñoso, con más facilidad para recordar y más viveza en la concepción de ideas, risueño, revoltoso, pero inofensivo y sencillo; la circulación se activa (creemos que sea por la excitación del neumogástrico en sus raíces ó núcleos); lo mismo sucede con la respiración, aunque muy poco.

La digestion, según hemos dicho más arriba, se activa también. Esta excitación dura de dos á tres horas próximamente, sin que deje vestigios de su paso; solamente se observa aumento en la secreción y escreción de orina.

Si la cantidad de alcohol ingerida ha sido mayor, ó se han repetido

las dosis, la excitación del sistema nervioso aumenta, desaparece la afabilidad comunicativa y alegre, para dar lugar á la irascibilidad y acometividad, ó á la discusión penosa y cansada; el individuo pierde la facilidad que antes tenía para concebir ideas y expresarlas, se aferra á un corto número de ellas, ó á una sola, repitiendo sin cesar lo mismo; la circulación sanguínea sigue aumentada, pero ya no por igual sino más bien se limita este aumento à la interna visceral, apareciendo síntomas que indican ligeras congestiones gastro-hepáticas y cerebrales; la boca se reseca y pone pastosa; la piel se seca y los ojos de pupila estrechada ligeramente, toman expresión dura. El individuo se pone procaz, insultador y pierde la noción de las conveniencias sociales, tuteando á todo el mundo ó cometiendo actos impropios de una buena educación (à este estado le designaban los antiguos, ó le llamaban sangre de león). Después de transcurridas por lo menos de cinco á seis horas, sobreviene el desfallecimiento, la tendencia al sueño y la depresión de las facultades intelectuales y afectivas; el individuo cae en un estado de embrutecimiento é insensibilidad especial; aumenta la sed y el mal gusto de boca, presentándose las náuseas ó el vómito, producido, como indicamos ya, por irritación de contacto ó por reflejo del estado cerebral congestivo que hace experimentar al individuo sensación de vértigo y de mareo, pareciéndole que todo gira á su alrededor. Se observa olor á alcohol en la exhalación pulmonar y en las secreciones; la mirada es somnolienta, estúpida é indiferente. Este estado era designado por los antiguos con el símil, sangre de puerco.

Si aumentamos más las dosis de alcohol, ó le damos de una vez cantidad más grande que las anteriores, ó por mejor decir, observamos lo que le sucede á un individuo que por su voluntad lo ha tomado, vemos que aparecen con rapidez los fenómenos de excitación ya mencionados, y que la excitación mental pasa á delirio; que sobrevienen las alucinaciones auditivas, visuales, olfativas y gustativas, las perturbaciones de la sensibilidad general, los pinchazos y sensaciones de hormigueo, de quemadura, pareciéndole al individuo que le corren por la piel insectos inmundos; la movilidad se perturba al mismo tiempo, y después de su estímulo, traducido por saltos, carreras, puñetazos, gesticulaciones y sacudidas, sobreviene el quebrantamiento, ligeros temblores y debilidad, con dificultad de andar, que concluye por imposibilidad absoluta. Las alucinaciones tienen de particular su movilidad y frecuencia. El delirio en una primera observación (es decir, si el individuo es la primera vez que ha tomado alcohol en gran cantidad) no tiene carácter constante, profesional ni celoso, como algunos han dicho; puede ser alegre ó tétrico, celoso ó no, lo que sí ex-

presa es la procacidad, y casi siempre es insultante y pendenciero, El vómito es casi constante, el aumento de la secreción urinaria es grande, la sed muy viva y la palabra se hace torpe y borrosa, la voz se vuelve ronca, la calorificación desciende, los ojos de pupila estrechada toman expresión delirante.

Este período es mucho más corto que el que hemos observado en las ingestiones menores de alcohol (siendo de los mismos grados), sobreviniendo una depresión rápida, caracterizada por un descenso de temperatura y un coma profundo con resolución general de fuerzas, relajación de esfínteres con incontinencia de orina y heces fecales, como es indispensable si las contienen sus reservorios naturales. Este estado lleva directamente á la muerte por insuficiencia nerviosa, ó á la desaparición de estos graves trastornos funcionales á las doce ó catorce horas precisamente, quedando el individuo quebrantado algunos días, y generalmente inapetente, y con síntomas más ó menos intensos de gastritis. El aumento de orina continúa bastantes horas, hasta que ha concluído de eliminarse el alcohol por esa vía.

El aumento de la circulación cerebral durante el período de excitación, se ha probado en los animales, trepanando su cráneo antes de darle una buena cantidad de alcohol, y entonces se observa que en este primer período el cerebro forma hernia á través del agujero abierto en el cráneo, y en el de resolución y coma se deprime y esconde. En el enfermo que citamos en nuestra Memoria sobre localizaciones cerebrales, que en el año 1893 premió la Real Academia de Medicina, y que á consecuencia de una lesión del parietal derecho (por el proyectil de una pistola) se había eliminado un ancho secuestro óseo, á través del cual se podía obrar directamente sobre las meninges, pudimos observar en un día en que abusó del vino, sobreviniendo la embriaguez, que es efectivo el aumento de la sangre en el cerebro en el período de excitación alcohólica, y su disminución en el período de depresión y resolución. Según se desprende del modo de obrar el alcohol absoluto debilitado, ó el etílico, para llegar á la embriaguez, hay que tomar dosis fuertes, pudiendo resultar que haya individuo que, á pesar de haberse embriagado muchas veces, disfrute de una salud general bastante buena y alcance edad avanzada, sin presentar síntomas marcados de intoxicación alcohólica crónica, por más que esto sea una excepción, disfrutando, digámoslo así, de inmunidad relativa, así como hay otros individuos que con pequeñas dosis sienten efectos que corresponden á dosis mucho mayores.

Indicaciones de la administración del alcohol.—Le prescribimos para uso externo. 1.°, como irritante y derivativo, en las flegmasías

profundas, y más particularmente, en las sinovitis y para curar las bolsas serosas de la palma de la mano. 2.º, como agente de la medicación expoliativa, en las quemaduras, antes de establecerse la supuración. En época anterior se usó también en las erisipelas, y como resolutivo de los forúnculos ó diviesos. 3.º, como tópico, se ha empleado y sigue usando como agente antiséptico y aséptico poderoso, siendo de notar que es irremplazable para desinfectar las herramientas ó instrumentos quirúrgicos, sin perjudicarles en nada. También se usa para inyecciones en el hidrocele después de extraído el líquido.

Uso interno del alcohol.—Adinamia.—La pérdida y la opresión de fuerzas han sido en todo tiempo indicación formal de los estimulantes y, por consiguiente, de este medicamento.

Enfermedades febriles.—En Inglaterra, desde hace bastante tiempo, viene usándose el alcohol para combatir estas enfermedades, siguiendo el método de Todd (alcohol á altas dosis). El Dr. Behier propagó este método en Francia, y desde entonces se ha generalizado mucho. Según Gingeot, los jóvenes de catorce años han llegado á tolerar hasta 250 gramos de alcohol, y algunos niños de dos á dos años y medio hasta 80 gramos sin llegar á la embriaguez.

Neumonía.—Ya hemos dicho que en todas las enfermedades febriles en que sobreviene la adinamia, está recomendado el uso del alcohol; pero en ninguna tanto como en la pneumonía que se puede llamar *álgida.* En ese caso, es un verdadero específico para mejorarla y curarla en muchas ocasiones. Nadie ha expuesto mejor que nuestro sabio Dr. A. Espina y Capo, los efectos del alcohol en esta enfermedad En la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas* del año 1883, en el tomo XXII, página 528, dice con esa elegancia de lenguaje que le caracteriza:

«Estudiados los efectos del alcohol en la clínica, resulta comprobado, que administrado en pequeñas dosis y en dosis terapéuticas, siempre aumenta la temperatura, de un grado á dos, y aumenta las pulsaciones en número de 12 á 16. Se administra en la pneumonía de los viejos, de los bebedores, en la de los sujetos profundamente debilitados, y sobre todo en las que toman la forma adinámica, y la que Charcot designa gráficamente con el nombre de pulmonía álgida; siendo el momento más oportuno para su administración, cuando esta enfermedad haya pasado del primer período. En algunos casos en que por excepción, se ha observado un descenso de temperatura febril después de su administración, (puesto que en la temperatura fisiológica, no se admiten esas excepciones) hemos de creer con el profesor Peter, que sucede, porque se ha colocado el organismo del febricitante en estado

más próximo á la salud, y se ha traído su temperatura más cerca de la normal; es decir, bajó la temperatura, por haber mejorado el enfermo.»

Lo mismo podemos decir respecto al tifus, fiebre tifoidea, y traumática; pero en donde hemos visto sus grandes beneficios, ha sido en el paludismo, sobre todo en la caquexia, en donde unido á la quinina y arsénico, siempre triunfa. Estos enfermos que en cuanto toman algunos alimentos se ponen angustiosos, se quedan fríos, inundándose su cara de gotas de sudor frío, con zumbidos de oídos, desvanecimientos y vómitos (producto de la anemia del cerebro, que la digestión estomacal aumenta), encuentran un alivio grandísimo digeriendo con facilidad relativa, en cuanto toman 20 ó 30 gramos de alcohol después de la comida y reforzando la acción de los otros medicamentos mencionados más arriba.

En la convalecencia de las enfermedades graves, es vulgarísimo el empleo de alcohol bajo la forma de vinos secos y viejos, á cuya cabeza colocamos el Jerez. En las personas habituadas á tomar por las mañanas ó durante el curso del día alcohol, sea bajo una forma u otra que, á consecuencia de una enfermedad, tienen que suspender de pronto esta costumbre, se les observa inquietos, nerviosos y con la mayor facilidad exaltados hasta delirar; el remedio de todo esto está en administrar el alcohol, con lo cual recuperan la calma, quedando en mejores condiciones para defender su organismo de los avances de su enfermedad. Téngase presente que no hablamos de los alcoholizados, pues en estos es el *delirium tremens* el que agrava su estado, y aunque su remedio esté en el alcohol, siempre hay que añadirle algún otro medicamento, para triunfar prontamente de tan grave complicación y debemos suprimir su empleo lenta y progresivamente.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO I

ALCOHOLISMO EN GENERAL

Llegamos al estudio de esa enfermedad que podemos llamar social, por el número tan grande de víctimas que lleva hechas, perteneciendo éstas á todas las clases de la sociedad, desde la más elevada á la más humilde; aunque el mayor número pertenezca á la clase obrera, no solamente por la cantidad de alcohol que consume, sino más principalmente por su peor calidad; pues las clases más acomodadas pueden pagar licores y vino de más precio, en que el alcohol que contie-

nen es etílico, y los jornaleros, en cambio, pueden proporcionarse á bajo precio, vinos y licores, cuya base es el alcohol industrial muy barato. Esta enfermedad se llama alcoholismo, y para su estudio hemos adoptado el método expositivo seguido por Charcot, Bouchard y Brissaud en su tratado de Medicina. Designamos con este nombre á la intoxicación que el hombre puede sufrir por el alcohol en sustancia ó contenido en los líquidos llamadas bebidas espirituosas.

Ya hemos dicho al ocuparnos de la terapéutica del alcohol, que aunque el alcohol absoluto, convenientemente debilitado, y los vinos, cervezas y sidra, pueden llegar después de un abuso muy prolongado á producir el alcoholismo; lo general es que produzcan la embriaguez, sin pasar de ahí, es decir, sin pasar de una intoxicación aguda repetida y sin gran intensidad, y, en cambio, hay alcoholes, como el amílico y los demás industriales, (al alcohol etílico, no se le designa como á tal) y licores como el de ajenjos, que al abusar de ellos, á veces á la primera vez, dan lugar al desarrollo de esta temible enfermedad, alguna vez sin que el individuo se haya embriagado.

Lo prueba perfectamente la estadística, arrojando cifras duplicadas y hasta triplicadas de alcoholizados en los países del Norte en que no prospera la vid, sobre los habitantes del Mediodía de Europa, en que se elabora una cantidad tan grande de vino, así como la experimentación en los animales, en los cuales el alcohol etílico y los vinos secos y más alcoholizados dan lugar á la embriaguez, y los alcoholes industriales, y sobre todo el ajenjo, desarrollan el cuadro sintomatológico completo del alcoholismo con ó sin la embriaguez.

Por desgracia, como indicábamos más arriba, el alcoholismo se desarrolla en todo el mundo, y lo mismo se le observa en la culta Alemania que en la grave Albión; en la pobladísima China, que en los reinos microscópicos del centro de Africa: allí donde hay una familia humana, allí existe un alcoholizado. Muchas son las causas del consumo del alcohol que son comunes ó similares á las que dijimos al ocuparnos del vino.

El desgraciado, el arruinado, el pobre siempre ha buscado el medio de olvidar durante un tiempo más ó menos largo sus desdichas y de proporcionarse un estado pasajero de ensueño más ó menos alegre, y lo ha encontrado en este funesto líquido, tan abundante, que en cualquier parte en que lo busque lo puede adquirir, y después el mal ejemplo, el hábito que en seguida se adquiere le han hecho avanzar más y más en esta senda de perdición y de ruina.

Hay, por otra parte, individuos que se ven arrastrados fatalmente

á la embriaguez por enfermedad, como sucede al dipsomaníaco, que en ocasiones muestra una grandísima repugnancia por el alcohol, y en otras, por el contrario, es tal su insaciable sed, que le busca y le bebe aunque esté mezclado con excrementos, como le sucedía á uno de nuestros enfermos, el cual, habiéndose apercibido de que un enfermero había vertido el sobrante (alcohol) de una cocinilla económica en un vaso de noche en que había orines y esputos suyos, en cuanto le dejó solo aquél, se lo bebió todo con la moyor avidez, adquiriendo una dispepsia gástrica que costó mucho trabajo combatir, vomitando muchas veces al solo recuerdo de lo que había hecho.

Hay individuos que soportan grandes cantidades de alcohol sin que den la menor muestra de embriaguez, y otros, por el contrario, como ya hemos dicho antes, que en cuanto lo prueban se embriagan y delinan, demostrando la observación que el hombre cuanto más sano y bien constituído está, mejor soporta la acción del alcohol, y cuanto más débil, y sobre todo neurósicc sea, menos cantidad puede soportar. La herencia, por otra parte, crea un estado especial con tendencia al uso y al abuso de esta substancia.

Yo conozco á una familia en quien el abuelo, J. M., fué bebedor de vino, que se embriagaba con frecuencia; de cuatro hijos que tuvo, tres varones y una hembra, todos, sin excepción, beben y se embriagan á menudo (excepción del mayor, B. M., de quien nos ocuparemos en los casos clínicos del alcoholismo), y de diez nietos que viven, nacidos del matrimonio de los tres varones (pues la hembra permanece célibe), dos, que son mayores, tienen afición decidida al aguardiente y al vino, hasta el punto de haber asístido como médico al de más edad, de 22 años, por dos veces, un ataque de delirio alcohólico.

En la toxicidad de los alcoholes de la serie que hemos llamado mono-atómica, hay muchas gradaciones, pero las experiencias hechas en los animales y anotaciones recogidas en el hombre, son insuficientes hasta ahora para establecer una escala bien probada.

El Dr. Magnan sostiene que el absynthium ó su aceite esencial, es el que da origen á los ataques epilépticos de los que abusan del licor de ajenjos. No obstante, nosotros hemos asistido á dos alcoholizados que padecían convulsiones epileptoideas, cuando abusaban del aguardiente uno y del vino otro, y tenemos seguridad de que nunca habían probado el ajenjo, y el primero no le conocía siquiera; verdad es que, aunque las convulsiones tenían el tipo de epilépticas, no encajaban en el síndrome clínico epilepsia, por eso las hemos llamado convulsiones epileptoídeas.

El alcoholismo se divide en agudo y crónico, según que el tóxico

obra por vez primera sobre nuestro organismo ó por varias veces, siempre que haya mediado de una á otra vez bastante tiempo para que haya sido eliminado de la economía, sin dejar vestigios de su paso ó intoxica á individuos que ya han abusado del alcohol y han quedado, por decirlo así, impregnados.

CAPITULO III

ALCOHOLISMO AGUDO

Varía según la cantidad y calidad de la substancia absorbida y según el modo de ser del que se embriaga. Charcot (obra citada) admite tres grados.—Primer grado: es la embriaguez (forma transitoria), y no es más que la hemos descrito al ocuparnos de los efectos del alcohol absoluto ó etílico, forma benigna, digámoslo así que no deja vestigios de su paso.—Segundo grado: predominan los fenómenos consecutivos á la embriaguez (gastro-hepatitis de los bebedores).—Tercer grado: ofrecen gran intensidad los síntomas ó trastornos nerviosos, pudiendo sobrevenir la muerte. La embriaguez, en este caso, como en la descrita anteriormente, depende de una perturbación funcional de las células de la capa cortical gris del cerebro y de la médula, por los trastornos que se producen en la nutrición de estas células.

Por no repetir conceptos, no seguimos relatando síntomas ya descritos anteriormente, dejando sin descripción los otros dos grados de esta división, haciendo observar sólo que los trastornos agudos son más intensos y dejan, desde luego, más vestigios y complicaciones cuando el alcohol ingerido por el individuo no es etílico, que cuando lo es ó es el vino el agente tóxico. Según Charcot, 60 centilitros de alcohol ingeridos en nuestra economía producen la muerte. Tardieu refiere el caso de un individuo que falleció á las diez y seis horas de haber bebido de 60 á 70 centilitros de alcohol. Nosotros, en el año 1894, presenciamos la muerte de un hombre de cincuenta y cuatro años, á las ocho horas próximamente de haberse bebido un litro de aguardiente de Chinchón de unos 26°. En la autopsia se halló en su estómago muy cerca de 30 centílitros de aguardiente mezclado con jugo gástrico. Tanto el estómago, como los intestinos delgados y el hígado, eran asiento de una congestión enorme, y el cerebro y sus meninges, fuertemente inyectados, eran asiento de una gran congestión con hemorragias puntiformes numerosísimas. La médula y sus meninges estaban menos inyectados que el cerebro y las suyas.

Este individuo se había embriagado pocas veces y con largos intervalos de una á otra vez, haciendo más de un año que, no sólo no lo había hecho, sino que solamente había bebido en pequeña cantidad de vino en las comidas. Este hombre, después de mostrarse excitado, hablador é insultador, cayó al suelo, estando de pie, como herido por un rayo, quedando insensible, inmóvil y sin conocimiento, con un coma profundo sin sacudidas, hasta momentos antes de fallecer; la respiración era estertorosa y cada vez más lenta; la piel tibia y con frío, excepción en la cabeza, en donde se notaba mucho calor; se orinó y defecó á los pocos momentos de quedar sin conocimiento. Existe un estado intermedio entre este alcoholismo y el que vamos á describir con el nombre de alcoholismo crónico, que nosotros llamaremos sub-agudo y que daremos mejor á conocer por medio de algún caso clínico, cuando nos ocupemos del tratamiento y que distinguiremos diciendo que es la prolongación del alcoholismo agudo en todos ó en parte de sus síntomas, pero sin llegar nunca á la lesión de tejidos; es decir, estando constituido solamente por perturbaciones funcionales.

CAPITULO III

ALCOHOLISMO CRÓNICO

La repetición de dósis exageradas de alcohol tomadas á diario ó con intervalos no muy separados, en una palabra, el vicio ó hábito de alcoholizarse, dan lugar en nuestra economía á desórdenes locales y generales que designamos con el nombre de alcoholismo crónico. Pocos individuos dejan de presentar algunos de los síntomas que hemos descrito al ocuparnos de la intoxicación aguda; algunos, sin embargo, por sus hábitos de intemperancia y por una gran tolerancia pasajera ó temporal, no han tenido manifestaciones agudas y llegan de un modo insidioso y lento al período más avanzado del alcoholismo crónico.

En estos sujetos, una lesión visceral grave, la cirrosis hepática, por ejemplo, es el primer síntoma que da á conocer una intoxicación de larga fecha, y la mayor parte de las veces irremediable, aunque nosotros seguimos creyendo siempre que la causa de suceder esto, consiste en muchos casos en la clase de alcohol que se haya consumido, perteneciendo al vino y á su alcohol las manifestaciones francas de excitación y exaltación de las facultades intelectuales y afectivas con delirio, necesitando abusar mucho para llegar al *delirium tremens* y las lesiones de los vasos y viscerales; y á los demás alcoholes, y muy especialmente al amílico, las formas larvadas, más prontas y más

graves, hasta empleando pocas cantidades; sucediendo á veces, sin que haya habido delirio alcohólico y en alguna ocasión, hasta en una primera y única intoxicación.

Por lo menos, nosotros podemos presentar un caso, en que á la ingestión de una fuerte cantidad de un licor compuesto con un alcohol industrial (según confesión del mismo licorista), en un individuo morigerado y que nunca se había embriagado, siguió un estado de disgusto y ansiedad extrema, con calambres y hormigueo en todo el cuerpo, náuseas y vómitos biliosos, sed vivísima, debilidad estrema de las piernas que, añadida al mareo y vértigos que el individuo experimentaba, le imposibilitaban para tenerse en pie; palpitaciones cardiacas, con una postración tan grande, que llegó à inspirar temores de que pudiera perder la vida; dolores violentos de cabeza, como si le comprimieran el cráneo con un casco de hierro muy apretado. Este alarmante cuadro sintomatológico desapareció á las pocas horas; pero á los dos días se le presentó una neuritis alcohólica, cuya descripción de síntomas no hago aquí, por no repetir lo que adelante hemos de decir.

En el envenenamiento crónico, todos los sistemas y aparatos suelen estar atacados por el alcohol y saturados, siendo tan grande y general su impregnación, que produce una verdadera enfermedad diatésica.

Todos los síntomas observados en la intoxicación alcohólica aguda, aparecen en la forma crónica, pero más reforzados é intensos. Todas las vísceras pueden ser atacadas, pero hay que reconocer que las preferidas son el hígado y el cerebro, y de aquí que nuestro compatriota Dr. D. Rafael del Valle, en un magistral trabajo sobre el alcoholismo crónico, publicado en el año 1896 en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, que se publica en Madrid, admite dos formas principales en el alcoholismo crónico: la digestiva y la nerviosa, y dentro de ellas otras subformas; así en la digestiva, la gastro-intestinal y la hepática, y en la nerviosa, la central y la periférica.

Por lo que hace relación al aparato digestivo, hemos de tener presente que su lesionamiento reconoce las mismas causas que en el alcoholismo agudo, aunque mas continuas; la simple irritación, se convierte en inflamación al contacto repetido del alcohol, sobreviene la pérdida del apetito y se presentan los vómitos; la lengua, boca y faringe, presentan su mucosa rojiza y descamada, así como el esófago; hay sed vivísima, las secreciones se alteran y hay ágrios con ardor de estómago. Si la gastritis se hace muy intensa, puede dar lugar á la forma ulcerosa con hematemesis ó hacerse flegmonosa y supurada; aunque todos sabemos que esta forma es muy rara, sea la que quiera

la causa que la motivó. Las dimensiones del estómago pueden conservarse las naturales ó disminuir por retracción de sus paredes en el bebedor de alcohol fuerte, estando en ayunas ó sufrir dilatación en los bededores de grandes cantidades de vino, cervezas y sidra. Tal sucedía en uno de nuestros clientes, cuyo estómago soportó en una ocasión doce cuartiltos de vino que llevaba en una bota, como regalo para un amigo suyo, y que, por apuesta, quería introducir en Madrid sin pagar los derechos de consumos, lo que de ese modo consiguió á la vista del guarda ó empleado de dichos consumos. En los casos típicos, las paredes del estomago, engruesan por induración; y la mucosa se pliega en sentido longitudinal, ofreciendo el aspecto del llamado estómago de columnas, desapareciendo los pliegues con dificultad por la tracción, en la misma mucosa se hallan de trecho en trecho eminencias que corresponden à dilataciones quísticas ó á pólipos glandulares y fibrosos, pudiéndose hacer ver la existencia de poli-adenomas. Esta dilatación estomacal observada, como es natural, en las autopsias, con los caracteres antes dichos, ataca solamente á aquellos individuos mimados por la fortùna, que, á más de ser gastrónomos, abusan de los vinos y licores, haciendo una vida sedentaria. Los pobres suelen beber el alcohol como ayuda y suplemento de los alimentos; y cuando accidèntalmente pueden tomar más cantidades de alimentos, así lo hacen, sin por eso dejar el hábito adquirido de beber el alcohol; creyendo que así remedian de una vez su necesidad, y lo que consiguen es hacer trabajar demasiado al estómago, perturbando más y más sus funciones, y si repiten esto muchas veces, llegan también á la dilatación estomacal ya descrita.

La forma ulcerosa del estómago, se diferencia de la úlcera típica de Cruveilhier, en la intensidad del dolor, en su gran número y poca profundidad y en que en la alcohólica, cuando hay hematemesis. es en pequeña cantidad casi siempre, siendo la sangre más viva, más roja, y además que en la dispepsia alcohólica siempre se observan los vómitos de un líquido que forma hilos y espuma, con amargor de boca, seguidos casi siempre de golpes de tos, violentos y fuertes, con congestión facial y ocular; y los vómitos de la úlcera de estómago, son de alimentos biliosos y con sedimentos como de posos de café. Siempre que el estómago es asiento de perturbaciones funcionales y lesiones como las descritas anteriormente, el hígado, da muestras de padecer con más ó menos intensidad ó por lo menos, fijándonos bien en el enfermo, podemos apreciar un tinte sub-ictérico marcado, sensación de peso en el hipocondrio derecho, y sus excrementss de color blanquecino, por estar desprovistos de la materia colorante de la bilis, nos in-

dican que hay insuficiencia funcional por parte del hígado, como pri mera complicación por contribuir los dos órganos á la función de la digestión perturbada. Aparte de esto, el hígado puede ser atacado de preferencia, dando lugar á la sub-forma hepática que ya antes indicamos y de la cual vamos á ocuparnos.

Laënnec dió el nomdre de alcohólica, á la cirrosis atrófica, que se observa en los alcoholizados: pero los adelantos científicos nos han demostrado que existe una cirrosis alcohólica, que puede ser hipertrófica, y desde entonces, designamos á esta clase de alteraciones, que el hígado sufre con el nombre de Cirrosis alcohólicas venosas, indicando los dos caracteres fundamentales del proceso; el uno etiológico y el otro patogénico etiológico. Partiendo de la base de que es el alcohól su causa productora, es natural creer que esta cirrosis se desarrolla en la juventud y edad adulta que es cuando se usa y abusa del alcohol, y más en el hombre que en la mujer; y al mismo tiempo podríamos afirmar, que en la niñez no se presentaría esta enfermedad, si la clínica no nos hubiera demostrado que, aunque menos frecuente, también se le observa en los niños si bien en menor proporción, Barlow, de Londres, cita el caso de un niño á quien se daba desde la edad de seis meses, dos cucharadas grandes diarias de cerveza fuerte y desde los nueve meses una cucharadita de ginebra, el cual murió á los diez y ocho meses, siendo su hígado un tipo de «hobnailed liver». En los países del Norte, se da á los niños con frecuencia alcohol y en nuestro país hay muchas familias que tienen la funesta costumbre de dar á los niños pequeñines vino y pan mojado en aguardiente. Según Lancereaux, son atacados de preferencia de esta cirrosis los bebedores de vino en grandes cantidades, de 6 á 8 y 10 litros diarios. Existen muchos cirrósicos alcohólicos que no se los ha visto nunca embriagrdos, coexistiendo con esta lesión los vómitos matutinos de pituita, el insomnio y pesadillas nocturnas, con los temblores de manos, la anestesia hasta la media pierna, quejándose al mismo tiempo de frialdad en los pies y de la sensación de acorchamiento en los antebrazos, que Lancereaux llama el vinismo, para distinguirle, ó por oposición á la hiperestesia de los bebedores de esencias y en particular de ajenjo. Cyr, de 505 casos que de cirrosis recogió, atribuye 170 al abuso de los licores.

En Inglaterra el hígado cirrótico de granulaciones gruesas, se llama «gin drinkerliver», hígado de los bebedores de Ginebra. Los primeros síntomas que aparecen corresponden á los trastornos gástricos de que ya hemos hablado, y alternativas de diarrea; el enfermo tiene hambre falsa en ayunas, que se convierte en aversión y repugnancia

á los alimeutos en cuanto los ve; enflaquece mucho, la piel tiene color terroroso, apareciendo varices capilares en las mejillas; el dolor en la región hepática es gravativo y suele acompañarse, como en la hepatitis, de dolor en el hombro derecho. Suele haber color sub-ictérico en las conjuntivas. El vientre se pone timpánico y aparece la ascitis, sien do precedida por los edemas en las extremidades inferiores, llamado por eso preascítico. La orina es escasa y de un color anaranjado ó morenuzco, conteniendo urobilina en gran cantidad; es también frecuente la glicosuria alimenticia en este líquido; la urea puede oscilar entre 36 y 42 gramos por litro de orina cuando la cirrosis es hipertrófica, pues en la forma atrófica disminuye hasta un 7 á 10 gramos por litro.

Las lesiones que produce la ascitis son intra-hepáticas, invadiendo los orígenes ó el tronco de la vena porta, ó de naturaleza peritoneal, pudiendo la pileflebitis adhesiva llegar á obturar la vena porta, en cuyo caso la ascitis es rapidísima y grande, y, por el contrario, hasta la peritonitis tuberculosa proporcionaría un pequeño aumento de la ascitis. El bazo adquiere á veces un aumento tremendo. Por la percusión y palpación llegamos á observar una dureza y pequeñez del hígado en la forma atrófica y un aumento grando en la hipertrófica alcohólica. El pronóstico es gravísimo, sobre todo cuando la ascitis ha hecho su presentación en la forma atrófica, pues en la hipertrófica es menos grave.

La Anatomía Patológica de las cirrosis alcohólicas venosas, deja ver lesiones múltiples del hígado. Su tamaño, excepción de los pocos casos de la forma hipertrófica, es pequeño hasta representar la tercera parte de su volúmen, predominando la atrofia en el lóbulo izquierdo; su color es moreno unas veces, y otras de color grisáceo ó apizarrado. La superficie está llena de granulaciones pequeñas como granos de mijo en ocasiones, y en otras pueden llegar al tamaño de un garbanzo gordo. Es tan duro el tejido del hígado, que resiste á la acción de la uña, y cuando se corta con un cuchillo ofrece resistencia de ternilla ó cartílago; el corte deja una superficie jaspeada á dos colores, gris rosado dispuesto como en anillos, y el otro amarillo rojizo, amarillo claro ó verduzco, forma islotes redondos y encerrados por el tejido esclerosado. En la autopsia se encuentran tres variedades: cirrosis multilobulares de granulaciones gruesas separadas por franjas anchas, de tejido fibroso; cirrosis mono-lobulares de granulaciones finas, miliares, sembradas en medio de manchas fibrosas uniformes, y cirrosis hipertrófica alcohólica, en que el hígado llega á pesar dos y tres kilogramos, de color gris amarillento, ó amarillento rosado, de granula-

ciones finas, dando al corte una coloración uniforme y un aspecto compacto y granuloso. En la cavidad abdominal hay serosidad y el bazo se halla aumentado de volumen; en cambio, el intestino delgado está como aplanado contra el raquis y disminuido de calibre y de longitud.

El tronco y seno terminal de la vena porta suelen estar ensanchados á consecuencia de la endo y peri-flebitis que han engrosado sus paredes; hay casos, como ya citamos anteriormente, en que la porta se ha encontrado obturada á causa de trombosis y pileflebitis adhesiva. También se ven las varices esofágicas en el tercio inferior del esófago, y en su porción de unión con el cardias, rodeándole como con una corona. Para no ser difuso, diremos sólo dos palabras respecto al examen histológico del tejido cirrósico del hígado. El tejido escleroso es un tejido conjuntivo fibrilar con más ó menos número de células fusiformes ó redondas, que, siguiendo su evolución natural, pasa al estado de tejido fibroso adulto, muy retractil, por el gran número de fibras elásticas que le forman, conservando sólo algunas células planas del tejido conjuntivo y restos con algunas células (todavía distintas) hepáticas, que se reconocen por su forma poliédrica y por las granulaciones grasas y pigmentarias que contienen.

Por lo que respecta á la laringe, es raro el alcohólico que no tiene la voz ronca y gutural, que llega en algunos hasta la afonía, y que se conoce con el nombre de «catarro de los bebedores».

Los pulmones, participando de la debilidad tóxica de que todos los órganos del alcoholizado se resienten, se hallan en condiciones favorables para el cultivo bacilar tuberculoso, agravado por la degeneración que sus vasos han de sufrir.

En el corazón se observa la sintomatología propia de la miocarditis esclerosa, más bien consecutiva á las lesiones de los vasos arteriales producidas por el alcohol. En cambio el aparato valvular funciona bien.

Aunque Lancereaux, con su gran autoridad en esta materia, no admite el ateroma arterial de causa alcohólica, la mayor parte de los observadores no sólo le admiten, sino que creen es tan común, que debemos fijarnos en su estudio para averiguar la parte que corresponde al alcohol en su producción. Duclós, no obstante, ha notado que de 52 autopsias de alcohólicos que ha hecho, en 25 casos estaba intacto el sistema arterial, y en los otros 27 había placas amarillentas poco prominentes en la túnica interna, y cree que éstas son esteatósicas y no ateromatosas.

De todos modos, más adelante encontraremos datos que nos pro-

barán estar en lo cierto, los que creen frecuente el ateroma arterial de causa alcohólica. La pileflebitis adhesiva que ya encontramos en la porta de los cirrósicos, reconoce por causa, el paso del alcohol por esa vena.

Lallemand, Daroy y Perrin, sostienen que la orina tiene alcohol. Tiedemann y Guielin creen lo contrario. Ernst Bumon manifiesta que la orina lleva azúcar con intermitencias, y por poco tiempo, en el *delirium tremens*. Bernabei ha encontrado reducida á la tercera parte de la normal, la cantidad de ázoe eliminado por la orina de tres alcohólicos; y dice que en el ácido úrico se hallan indicios imponderables y disminución de la creatinina.

La participación del riñón como lesionado en el alcoholismo crónico, es muy variable, según el clínico partícipe de la creencia de que el ateroma arterial alcohólico es frecuente ó no, pero es innegable, según ha probado Formand, que el riñón es atacado á veces por el alcohol bajo una forma especial, que llama riñón en lomo de cerdo, debida á la congestión venosa crónica, teniendo dos variedades, una edematosa y la otra cianótica.

Como es innegable también que el alcohol es ligeramente diurético, en mayor escala en los bebêdores de vino, por la gran cantidad de líquido que ingieren.

El aparato genital del alcoholizado crónico sufre perturbaciones graves, existiendo con frecuencia la anafrodisia é impotencia, y en casos excepcionales se ha observado la atrofia testicular. En la mujer se perturba ó desaparece el período menstrual.

Sistema nervioso.—Forma nerviosa del alcoholismo crónico del Doctor Valle.—Se disputan la importancia de los síntomas nerviosos con los de la forma digestiva en el alcoholismo crónico, así como su aparición más pronta. No obstante, los últimos hay que reconocer que son más constantes, apareciendo, como hemos visto, con cierta independencia en la cirrosis hepática alcohólica.

Cuando recae en individuos de escaso desarrollo intelectual ó con instintos pervertidos, ó con ambas condiciones á la vez, resulta que, lo que es causa predisponente del vicio de la embriaguez, se convierte en motivo de que la intoxicación alcohólica afecte de preferencia el órgano que ya se encontrabo de antemano en un estado de inferioridad funcional, y dé lugar á trastornos mentales que se confunden con los propios de estos individuos, siendo difícil el diferenciar los que ha producido el alcohol, de los que pertenecen al degenerado.

En el alcoholismo crónico sobrevienen, según ya hemos visto, las hemorragias meníngeas y cerebrales; el alcohol puede obrar directa-

mente sobre el tejido de la dura-madre, produciendo la paquimeningitis con sus falsas membranas, que se consideran como producción típica del alcoholismo crónico. La aracnoides y pía-madre se hallan más ó menos gruesas y con placas blanquecinas. Para Magnan, las lesiones cerebrales son irritaciones crónicas difusas, predominando unas veces la esteatosis y el reblandecimiento ateromatoso, patrimonio de la demencia crónica alcohólica; y otras, las lesiones intersticiales (esclerosis de la neuroglia en la parálisis general progresiva). No hay lesiones de la médula y sí generalmente de los nervios periféricos, siendo la forma màs frecuente y curable la neuritis especial (neuritis segmentaria periaxi), con persistencia del cilindro-eje; y la también frecuente, grave é incurable (degeneración walleriana), neuritis en que el cilindro-eje se fracciona y desaparece, y la vaina nerviosa queda ocupada tan solo por fragmentos de mielina. De estas formas nos ocuparemos con la debida atención más adelante y en párrafo aparte. Hay, además, desórdenes intelectuales (delirio alcohólico, demencia, manía), motores y sensitivos. El delirio alcohólico puede no presentarse, y cuando aparece casi siempre es en los degenerados ó predispuestos á la locura.

Hay individuos que al sufrir la intoxicación alcohólica se pervierten en su moral, se hacen tercos y faltan á las conveniencias sociales, aparecen crueles, desean sustraer lo que llama su atención y hasta se hacen asesinos: si continúan bebiendo alcohol se hacen delirantes, con los síntomas horribles del *delirium tremens* ó con los del delirio de persecuciones, dominando casi siempre la forma melancólica; aparecen las alucinaciones múltiples é incesantes, siendo más constantes las visuales, favoreciendo su presentación la obscuridad, hasta el punto de haber asistido nosotros, en el manicomio de señoras de Ciempozuelos, á una pensionista delirante alcoholizada, que cuando las enfermeras la dejaban á obscuras, veía siempre á sus enemigos y en cuanto iluminaban su habitación desaparecían sus alucinaciones visuales.

Suelen estos enfermos delirar también sobre motivos de su profesión (delirio profesional) mezclados con miedos y terrores. En el año 1883 asistí á D. M., que habitualmente abusaba del vino, fuertemente encabezado con el espíritu de vino, obtenido de la destilación después de cocida la casca y granilla del vino, y habiéndose excedidò mucho más una noche en la cena, estalló el delirio á las ocho horas precisamente de la misma noche. Dicho señor (propietario ó labrador acomodado) se figuraba estar vendiendo un gran montón de cebada á unos marchantes que intentaban engañarle, y veía al mismo tiempo una innumerable piara de cerdos que se metían, uno á uno, por entre sus

piernas para comerse el grano del montón, derribándole al suelo y teniendo que sostener con ellos una terrible lucha, á la par que con los marchantes ó traficantes, que también querían pegarle. Por cierto que este delirio se sostuvo durantes cuarenta y ocho horas seguidas, cediendo á una fuerte dósis de hidrato de cloral con morfina, que le produjo un sueño de quince horas, del cual despertó curado y sin conciencia de lo que le había sucedido, ni de haber orinado, buscando el vaso de noche (según costumbre) y ejecutando esta función sin levantarse de la cama, su esposa nos dijo que hacía ya años que á la media noche lo hacía del mismo modo, por pereza. La gravedad del delirio es variable y depende á la vez de la intensidad de la intoxicación y de la predisposición del enfermo. Bajo esta base, Magnan divide estos enfermos en tres categorías: primera, enfermos que deliran y gozan de convalecencia benigna, rápida y completa; segunda, de convalecencia lenta y recaída fácil; tercera, enfermos predispuestos á recaídas frecuentes y convalecencia lenta, perturbada por ideas delirantes, que ofrecen en mayor ó menor grado la forma de delirios parciales. El delirio de los ebriosos se acompaña siempre de temblor muscular más ó menos perceptible, y que puede subsistir durante el sueño, llamándose por esto *delirium tremens*. Este temblor es especial, general, como ondulante y es fibrilar y distinto del temblor histérico que veremos más adelante; complica algunas veces el alcoholismo crónico. El aliento es fétido. Cuando el *delirium tremens* ocasiona la muerte, lo hace por congestión del sistema nervioso central y por meningitis aguda.

La privación súbita del alcohol en individuos alcoholizados que se sienten invadidos de otra enfermedad, puede dar lugar á la presentación del delirio según ya también hemos indicado. El delirio puede terminar por curación por el paso á otra forma y por terminar en la demencia ó parálisis general progresiva, que son incurables, por las lesiones cerebrales que son su causa, así como de la muerte que más adelante sobreviene.

Antes de pasar más adelante, vamos á decir cuatro palabras sobre la pretendida especialidad del delirio alcohólico. Hay autores, que creen que el ebrioso delirante ha de ser siempre celómano, que se cree engañado por su mujer ó por su querida, fundándose en la impotencia sexual del bebedor (suponiendo que sea siempre hombre), que le conduce en ocasiones á agredir á su cónyuge. Otros, nos presentan al delirio de persecuciones como especial de los alcohólicos crónicos, y en cuanto ven á un delirante de persecuciones, indagan con sumo cuidado é interés, si ha usado el alcohol, y como es muy raro el delirante, que antes ó después de su ataque, ó en los pródromos de su de-

lirios no se haya entregado á algún exceso en este sentido, sientan como verdad innegable el origen alcohólico de este delirio. Más general es la creencia de que el *delirium tremens* se acompaña de alucinaciones terroríficas, por las cuales el enfermo se siente invadido de bichos, insectos y reptiles. Nosotros, durante nuestra larga práctica, hemos observado que el delirio alcohólico, no tiene nada de especial, por lo que respecta á ideas de persecución ó de celos; ni creemos que el enfermo esté en condiciones de pensar en que su impotencia sexual (cuando exista) sea motivo razonado de que su esposa ó querida vaya á buscar en brazos de un amante vigoroso la satisfacción de sus apetitos genésicos; y más bien toma la forma melancólica ó maníaca guardando relación con el estado de fuerzas del individuo; así como con el período congestivo ó de degeneración de tejidos, en que el delirio le haya sorprendido.

En cambio las alucinaciones terroríficas é ilusorias que hacen ver y sentir al enferme multud de insectos y reptiles que le corren por el cuerpo, las ropas é invaden las paredes ó el piso de su habitación, son casi contantes en el *delirium tremens*, como consecuencia de las perturbaciones de la sensibilidad general, pinchazos, sensaciones de quemaduras, anestesias parciales, etc., etc., que el alcoholizado siente en su piel, combinadas con la hiperestesia y alucinaciones de los sentidos, producidos por la irritación del alcohol sobre el cerebro, ó los cambios de nutrición que las lesiones de los vasos traen consigo; advirtiendo que hemos visto paralíticos progresivos en que parecidas perturbaciones de la sensibilidad general producían alucinaciones análogas, despojándose de sus ropas violentamente, huyendo de estas sensaciones, y porque también las veían llenas de insectos y de porquerías.

Respecto á la producción de la epilepsia de causa alcohólica, de la cual nuestro sabio compatriota Dr. Giné (en su tratado de Freno-Patología) ha hecho la segunda variedad, locura alcohólica, de las locuras Patogenéticas; es indudable que el licor de ajenjos, es el que produce la epilepsia, y si observamos en individuos intoxicados con otra clase de alcoholes, convulsiones, éstas revisten el caracter epileptoideo, como síntoma de una congestión ó lesión cerebral que lo mismo puede reconocer como causa el alcoholismo, que una inflamación ó una infección sifilítica, por ejemplo; pero el conjunto de síntomas que constituyen la verdadera epilepsia, ese sólo pertenece al absintismo.

El Dr. Cadeat, en la sesión celebrada por la Academia de Medicina de París el día 10 de Septiembre de 1889, presentó una nota so-

bre el estudio fisiológico del licor de ajenjos, que nos parece oportuno explanarla en este lugar, y dice así: «Muchas plantas entran en la composición de este licor, cuyos efectos son el resultado de la acción de cada una de ellas. Cada litro de ajenjo contiene un gramo de esencia del mismo; las experiencias en perros con esta esencia, han dado por resultado epilepsia igual á la que padece el hombre. La esencia de coriandro produce una gran embriaguez sin epilepsia. El hinojo produce excitación fuerte al principio y después alucinaciones persistentes, á dósis más elevadas, se manifiestan crisis epileptiformes análogas á las del ajenjo. Cada litro de ajenjo contiene dos gramos de esencia de coriandro.

Esta dósis produce una excitación agradabilísima sin accidentes consecutivos; la inteligencia se aviva y se nota una sensación de calor grato en el estómago; no se observa incoordinación de los movimientos y sí solo una ligera embriaguez; son necesarios hasta cinco gramos para producir en los perros crisis epileptiformes que, una vez terminadas, no son seguidas de movimientos incoordinados. La esencia del ajenjo no es la causa del ajenjismo, sino, por el contrario, un correctivo de la acción nociva de las otras substancias.»

Después continúa el autor detallando minuciosamente los efectos de cada uno de los componentes de este licor, asignando al anís común y al estrellado una acción epileptógena grandísima, diciendo que sus esencias son venenos enérgicos de los centros nerviosos, y que á ellas principalmente debe este licor sus propiedades tóxicas y narcóticas. Esta experimentación curiosísimas pierde mucho de su valor, por haber sido hecha en animales, que tanto discrepan del hombre, y así lo dice también noblemente otro experimentador notable, el Dr. Laborde, pero afirmando á la par, que de las observaciones recogidas en el hombre, es indudable que la epilesia alcohólica es patrimonio, digámoslo así, del ajenjismo agudo y crónico.

Parálisis alcohólicas.—Los trastornos motores del alcoholismo agudo, tienen su equivalencia, ó por mejor decir, su continuación en las parálisis que se observan en los intoxicados crónicamente. Según Boisbert, empiezan por cólicos que son el equivalente clínico de los dolores fulgurantes de los miembros: los músculos de los miembros inferiores, son los primeros que se paralizan, dando á las piernas unas formas especiales; los reflejos rotulianos están abolidos y en algunos casos la marcha del enfermo es característica; puede correrse la parálisis á los miembros superiores. Dejerine dice que puede invadir el neumo-gástrico, produciendo taquicardía y un síncope mortal. Thomsen, ha reunido seis casos de parálisis alcohólica de los músculos de

los ojos, siguiendo marcha aguda y murieron entre el día primero y el segundo, después de haber presentado ataxia muscular y trastor- intelectuales.

En los cadáveres encontraron Wirnicka y Kojewnikoff alterada la substancia gris de las paredes del tercer ventrículo y de la bóveda del cuarto. Dice también que había hormigueos, hiperestesia y neuralgias, otras veces había astenia y hemi-anestesia en los histéricos bebedores. Solamente hacemos mención de estas opiniones, por lo que tienen de notable los seis casos, al presentar una lesión uniforme de los ventrículos tercero y cuarto, que parecen indicar una excepción dentro de la regla general, pues no tenemos duda que las parálisis por esta causa, deben referirse á las neuritis alcohólicas y á la histeria alcohólica de que con alguna extensión vamos á ocuparnos.

Histerismo alcohólico.—Ya hemos señalado las múltiples perturbaciones que la sensibilidad general y particular de cada sentido pueden sufrir en el alcoholismo crónico, especialmente los pinchazos en la piel, así como los ataques convulsivos, parálisis y temblores del aparato locomotor, especialmente en el *delirium tremens*, pero sin fijeza ó localización determinada. Existe, no obstante, en el alcoholismo un conjunto de síntomas nerviosos, tan exactamente semejante al síndrome histerismo, que no dudamos constituye una forma distinta y bien delineada, á la cual designaremos con el nombre de histerismo alcohólico. Precisa para su desarrollo un estado de receptividad ó de predisposición, que lleva consigo el individuo, el cual es histérico de un modo ostensible, en mayor ó menor grado, cuando se entrega á los excesos alcohólicos, ó lo es de un modo hereditario, latente, esperando condiciones favorables para su aparición y desarrollo.

En el histerismo alcohólico, los órganos de los sentidos todos sufren perturbaciones funcionales; pero con la particularidad de sufrirlas solo en un lado, en el cual se observa debilidad motora ó paralítica á la par que anestesia. La perversión del sentido del gusto está limitada á una mitad de la lengua, lo que podemos comprobar por medio de un hisopo ó brochita empapada en una solución de sulfato de quinina ú otra amarga, dulce ó salada, la cual pasamos por la mucosa del medio lado insensible, sin que el enfermo perciba gusto alguno. Lo mismo sucede con el olfato, más difícil de comprobar y con el oído. El órgano de la visión sufre perturbaciones en el lado anestesiado de más importancia, más numerosas y mejor estudiadas, sobre todo por Uthoff. Este profesor, además de haber comprobado la existencia de la ambliopia, discromatopsia y disminución del campo visual, ha demostrado, en un 15 por 100 de alcohólicos, una decolora-

ción especial ó característica, en el tercio externo de la papila, que se vé pálido y anémico, mientras que los otros dos tercios son de color rojo sucio.

En estos individuos existía á la par disminución de la agudeza visual con trastornos de la acomodación, presentando un escotoma en el centro del campo visual, no percibiendo los colores en superficies pequeñas. Pudo hacer inspección cadavérica en dos individuos alcohólicos que padecían ambliopia, encontrando neuritis atrófica parcial, caracterizada por la proliferación del tejido conjuntivo intersticial con multiplicación de sus núcleos, desarrollo de vasos nuevos con engrosamiento de sus paredes y atrofia de las fibras nerviosas. En cambio, en las parálisis alcohólicas, los músculos del ojo no sufren perturbación alguna. Estos enfermos se quejan de fuertes dolores de cabeza, en forma de clavo histérico, de aturdimiento, ruidos de oidos, calambres en los miembros, no siendo infrecuentes los ataques apopletiformes y epileptiformes.

Las facultades intelectuales se debilitan: lo mismo sucede con la sensibilidad moral; sus ideas se hacen confusas y mal coordinadas. ¿En qué sitio del cerebro existen las lesiones que producen esta sintomatologia? Hoy por hoy, todavía no podemos tener seguridad completa de esto; pero, no obstante, podemos decir con Vulpian y con Longet, que el centro de percepción de las impresiones sensitivas, parece residir en la protuberancia anular y que este es el punto lesionado, mejor que seguir la opinión de Tood y de Carpenter, que creen que el centro de percepción está en el tálamo óptico, punto en que la impresión se transformaría en sensación relacionándose con el cuerpo estriado, centro motor y que mandaría la ejecución de los movimientos voluntarios. El alcohólico crónico suele padecer una afección eritematosa de marcha crónica, esencialmente caracterizada por la dilatación de los vasos capilares de la piel que reviste las narices, especialmente en su punta, corriéndose á veces á la parte de las mejillas, próximas á éstas y que casi siempre se acompaña de numerosas pústulas de acné rosácea. Esta afección se llama eritema acnéico (couperose de los franceses), y más gráficamente por los españoles, nariz de borracho. No obstante, hay casos en que el eritema acnéico no es alcohólico, pues existe otra forma que llamamos artritica y que nuestro Dr. Olavide describe magistralmente en su notable opúsculo sobre las dermatosis reumáticas, haciendo resaltar en seguida su diagnóstico diferencial con la alcohólica, puesto que el eritema empieza de preferencia en las mejillas al contrario que la otra, que suele empezar en la punta de la nariz; tiene remisiones y exacerbaciones que coinci-

den con el verano y calor las primeras, y con el invierno y el frio las segundas; mientras que la alcohólica tiene exacerbaciones y aumentos con el abuso del alcohol, y remisiones y hasta curaciones en un principio con la supresión del alcohol.

Las exacerbaciones de la artrítica consisten en el aumento de la coloración, que llega á pasar de rosada á vinosa, y en la extensión de la placa eritematosa, que no solamente se limita en ocasiones á las mejillas, sino que ocupa toda la nariz; al cabo de meses de padecimiento se alteran ya los folículos sebáceos y aparece el acné ya pustuloso, ya tuberculoso, ya en otra forma.

La rubicundez del alcohólico desaparece por el momento á la presión del dedo, y en cuanto bebe de nuevo alcohol sube el color muchísimo, á más que la expresión del alcohólico es tan especial que no puede confundirse con la del artrítico. Además, que los síntomas que acompañan á esta afección de la piel en el alcohólico y en el artrítico, bastarían á hacer su diagnóstico diferencial.

Neuritis múltiple alcohólica.—El carácter que la distingue de las demás, cuya causa no es tóxica, es la regularidad en su presentación con la igualdad y simetría de las extremidades nerviosas de los dos lados del cuerpo. Empieza su invasión por las extremidades inferiores. Respeta la primera edad con rarísimas excepciones, y no respeta al sexo femenino, antes bien, parece más frecuente en él. Con Gowers admitimos tres clases: primera, forma motriz; segunda, forma sensitiva; tercera, forma atáxica.

Los primeros músculos que sufren la debilidad son los flexores de la articulación tibio-tarisana y los extensores de los dedos del pie, siguiendo á estos los extensores de la muñeca y dedos en el antebrazo. Estos músculos están inervados por el tibial anterior y peroneo y la rama radial del músculo-espinal. Antes de aparecer la parálisis, los enfermos se quejan de dolores á lo largo de los músculos que han de ser paralizados, así como de calambres y hormigueo de los dedos, cuyas extremidades suelen aparecer pálidas y exangües, como hemos visto sucede á algunos histéricos, á los cuales se les puede pinchar esos sitios impunemente sin que aparezca una gota de sangre.

Nosotros hemos visto este síntoma cuatro veces nada más en casos de neuritis alcohólica; pero, en honor de la verdad, en dos existían placas histerógenas; en otro, palpitaciones cardíacas en cuanto el enfermo sufría una impresión; y en el cuarto, pudimos recoger el síntoma del vértigo ó ansiedad del espacio; precisamente, al mandar al enfermo aproximarse á un balcón abierto (en un principal) para examinar á mejor luz su contracción pupilar, sufriendo tal impresión al

mirar á la calle que, pálido, jadeante y bañado en sudor frío, se arrojó al suelo presa del vértigo.

Yo no conozco más observaciones referidas por otros médicos, respecto á la isquemia de los dedos, y creo, desde luego, pertenece al cuadro sintomático del histerismo. Después de aparecer estas molestias, se presentan las parálisis homólogas y la incoordinación de movimientos en las extremidades superiores ó inferiores, que son en las que primero suelen aparecer, empezando por los dedos para ascender por los tobillos y pantorrillas, ó por los dedos, muñeca y antebrazo. También pueden presentarse á la vez en las extremidades superiores é inferiores de la forma motriz. También se ha observado, que las extremidades superiores son asiento de síntomas sensitivos, mientras que las extremidades inferiores, lo son de síntomas motores.

El temblor muscular es síntoma constante, apareciendo antes que se pierda la motilidad. Nosotros lo hemos observado en un enfermo al mismo tiempo que los calambres. El dolor, cuyo asiento es el músculo atacado y el tronco nervioso, se le siente profundamente, pero hay veces, que es externo y á lo largo de la piel que se hace dolorosa al tacto, pareciendo más bien una hiperestesia histérica si no estuviera bien comprobada su independencia de esta neurosis. Cuando la debilidad de las extremidades inferiores es muy avanzada, apenas pueden estos enfermos tenerse en pie derecho, teniendo más facilidad. aunque muy escasa, para avanzar unos pasos á causa de presentarse la incoordinación motriz.

Es típico de esta enfermedad, el esfuerzo que el enfermo hace para levantar los pies del suelo en donde parece que los tiene clavados ó sujetos. La desaparición del reflejo rotuliano, síntoma constante, debemos tenerle muy presente como síntoma diferencial de la tabes, según más adelante veremos.

Otro síntoma constante es la abolición de la excitabilidad farádica y aumento de la voltáica, hasta que en el último período, queda ésta también abolida. Cuando queda establecida la parálisis, se desarrolla una hiperestesia que se convierte en dolores musculares sumamente intensos, que obligan á los enfermos á buscar la inmovilidad de los músculos afectos, al par que rehusar muchas veces las exploraciones del médico, que traen consigo el movimiento de los miembros afectos. Avanzando la parálisis puede sobrevenir la contractura, lo mismo que sucede en las parálisis de origen central que todos hemos visto, y cuya patogenia está hoy tan clara. La inflamación neurítica puede avanzar, haciéndose ascendente en brazos y piernas, llegando á interesar los

nervios respiratorios y otros importantes, dando lugar terminaciones funestas como más adelante veremos.

La forma de neuritis sensitiva pura, es decir, sola, es muy rara. Los hormigueos, pinchazos, con hiperestesia dolorosa de las plantas de los pies y palma de las manos; ó la hiperestesia limitada á las raíces de los dedos, ó solamente á los dedos con la conservación de la sensibilidad térmica, al par que el aumento de la dolorífica y la disminución y abolición, en período avanzado, de la sensibilidad tactil; son los síntomas que caracterizan á esta forma sensitiva de neuritis. En algunos casos se extienden á las articulaciones.

La forma atáxica es también conocida con el nombre de pseudotabes alcohólica, siendo el síntoma principal y característico de ella, la incoordinación de movimientos con resentimiento muscular; no siendo constantes las perturbaciones de la sensibilidad de la piel.

Cuando hay hiperestesia, los reflejos cutáneos se hallan exagerados, aunque la lesión motriz esté muy avanzada, puesto que sabemos que la afección deja libres algunos músculos, capaces de ejecutar los movimientos, y la impresión sentida por el centro reflejo ha de ser tan exagerada, como la sentida por el centro cerebral percibida como sensación abultada ó exagerada. En cambio, en ésta como en la otra forma, no existe el reflejo rotuliano. Puede invadir los brazos y las piernas.

Entre las alteraciones tróficas que, como las demás neuritis, puede ocasionar á la larga, las más frecuentes son: la piel lustrosa; la retracción ó encogimiento de las uñas con cambio de color; la caída del pelo que también cambia de color ó emblanquece al nivel de la parte que sufre la neuritis ó se pone áspero y como retorcido y las adherencias articulares. También son constantes los edemas al nivel articular.

En la marcha del padecimiento se aprecian tres etapas ó períodos como en las fiebres intermitentes. Período de incremento, de veinte á cuarenta días; período de estadio, de diez á catorce días, y período de descenso, con marcha hacia la curación, de cuarenta á cincuenta días; cuando la terminación ha de ser mala, es decir, ha de quedar crónica la neuritis, se le observa casi siempre una marcha intermitente, con remisiones escasas y muy atenuadas. En casos excepcionales, en que la terminación es funesta, entonces la marcha es ascendente é invasora, hasta llegar á los nervios respiratorios, según ya dijimos anteriormente, marcando el termómetro aumentos de temperatura de uno á dos grados solamente.

Anatomía patológica.—Varía el aspecto de los nervios lesionados, según la marcha y período en que se encontraban en el momento de

sobrevenir la muerte. En casos recientes y agudos, aparecen rojizos é hinchados. La lesión comprende al mismo tiempo las fibras nerviosas, y el tejido de unión ó conectivo. A veces, á simple vista ó con pequeños aumentos, vemos en los cortes de sección dados en un nervio enfermo una superficie desigual y de aspecto abigarrado, debido al grosor diferente de sus fibras, unas normales, otras muy adelgazadas y otras por completo destruídas. Si preparamos convenientemente un corte de nervio y le llevamos á la platina del microscopio, observamos una porción de células linfoides que infiltran á la vaina, si el padecimiento no era muy antiguo; y si por el contrario lo es, están reemplazadas por células fusiformes y fibras, hallando la misma alteración en los tabiques de los fascículos y las vainas secundarias que envuelven á éstos. También notamos productos de destrucción y de degeneración de fibras, como gránulos, corpúsculos, etc. En dos cortes endurecidos y coloreados, el uno con el picro-carminato amoniacal, y el otro con el ácido ósmico, se observan á color rojo y negro, la proliferación del tejido conjuntivo entre los fascículos en el rojo, y á estos mismos fascículos cubiertos de puntos negros granulosos con acumulaciones de mielina entre las fibras, en el corte negro. Los músculos atrofiados por la neuritis, aparecen pálidos y delgados, como las fibras, conservando la estriación transversal, ó si el proceso está más adelantado, entonces sufren la degeneración grasosa y la granular.

Patogenia.—La simetría de la lesión y el ser invadidas primero, y principalmente las fibras nerviosas, nos dan la clave de la sintomatología de esta enfermedad.

Como hemos visto, los síntomas de la neuritis tienen mucha semejanza con la tabes y algunas otras enfermedades de la médula espinal; lo que no debe llamarnos la atención, si tenemos presente que las fibras motrices de los nervios periféricos tienen íntima relación de derivación y origen con la médula espinal.

Diagnóstico.—Volviendo á repetir lo dicho al exponer la sintomatología de la neuritis alcohólica, diremos que se hace el diagnóstico de ella siempre que encontremos reunidos los síntomas siguientes: debilidad que llega á parálisis de los músculos extensores del antebrazo y correspondientes del miembro inferior, siendo simultánea su presentación en las dos extremidades superiores é inferiores, acompañada de resentimiento doloroso de la piel, de los troncos nerviosos y de los músculos, haciendo el enfermo desde un principio un esfuerzo para levantar los pies del suelo como si los tuviera á él sujetos, al mismo tiempo que desaparece el reflejo rotuliano.

El diagnóstico diferencial entre la neuritis múltiple alcohólica y la

polimielitis se hace con facilidad, teniendo presente que en ésta las paralizaciones musculares son caprichosas y sin fijeza por lo tanto, al paso que en la otra estas parálisis son simétricas.

En la polimielitis, como en todas las enfermedades medulares, hay irritabilidad miotática, con espasmos musculares en las piernas, lo que no se observa en la neuritis alcohólica.

Los dolores intensos á lo largo de los nervios inflamados son síntomas constantes de la neuritis y negativo de la polimielitis. En esta hay exageración del reflejo rotuliano, mientras que no existe en la otra. Casi con los mismos elementos podemos distinguir la paquimeningitis con lesión de las raíces nerviosas, de la misma neuritis alcohólica, teniendo presente además que la primera se suele acompañar de paralisis, anestesia y atrofia, pero no de las cuatro extremidades como en la neuritis, sino de las superiores y de las partes más elevadas y sin dolores en los troncos y extremidades nerviosas; añadiéndose á esto los otros síntomas de las lesiones medulares.

La paralisis diftérica, á más de la infección que la precede y de la cual el mismo enfermo no puede casi siempre dar cuenta, se distingue de la neuritis alcohólica en la paralisis del velo del paladar que suele ser la que primero aparece, ó la del músculo ciliar que es característica de esta paralisis á más de que invade después las piernas y no los brazos, y esto lo hace de un modo irregular y poco intenso. El más difícil, sin duda, es el diagnóstico diferencial entre la forma de neuritis que hemos llamado atáxica ó pseudo-tabes y la verdadera tabes, puesto que en las dos existe la misma lesión en los nervios, y son los mismos los invadidos, y mucho más en la variedad llamada neurotabes en que aparece la degeneración de las extremidades nerviosas sin que aparezca lesión alguna en la médula. No obstante, no es tan difícil si tenemos presente que la tabes, la paralisis, es más aparente que real, es decir, que no hay abolición real del movimiento.

En los casos de neuritis en que sólo se aprecian los síntomas sensitivos, siendo la ataxia poco acentuada, son muy difíciles de diferenciar de la tabes, y entonces es cuando hemos de buscar la existencia de las crisis gástricas, la abolición del reflejo pupilar á la luz y la sensación de apretamiento doloroso alrededor de la cintura, propios de la tabes. En cambio, cuando la ataxia está muy acentuada, hasta el punto de no poderse tener en pie el enfermo, pero puede mover todas las articulaciones con energía, no podemos dudar de que se trata de una tabes.

El dolor ya hemos visto que es común á las dos afecciones; pero el lancinante es propio de la tabes y el localizado y exasperado con la

compresión á lo largo de los nervios periféricos ó de sus troncos, pertenece á la neuritis alcohólica. La piel lustrosa con adherencias artríticas y edemás en los pies, ya hemos dicho anteriormente que son síntomas neuríticos en contraposición del abultamiento tabético de los huesos. Gowers da el consejo de analizar la orina cuando asistiendo á un enfermo de neuritis alcohólica le observemos dolores neurálgicos de distribución irregular, pues puede suceder entonces que sea la diabetes la causa.

Respecto al pronóstico, ya creemos haber indicado que la curación, cuando se obtiene, es lenta, y que la muerte sobreviene por parálisis del diafragma, la de los nervios intercostales, y por complicaciones que puede producir la misma intoxicación alcohólica.

La electricidad puede servirnos de medio pronóstico excelente, puesto que, cuanto más se desvíe del tipo normal la irritabilidad promovida por la reácción eléctrica, tanto más será la atrofia consecutiva y de más larga duración la enfermedad. Cuando apliquemos la corriente farádica y observemos que es mayor esta irritabilidad, podremos prometernos que está más próxima la curación.

Antes de ocuparnos del tratamiento del alcoholismo y de sus variedades que, como objeto primordial de nuestros esfuerzos al hacer este estudio hemos de desarrollar con alguna extensión, vamos á hacerlo de los efectos que la intoxicación del alcohol produce en la generación y los trastornos y males que, bajo el punto de vista social y moral, ocasiona, valiéndonos para ello de las estadísticas que con motivo de esta temible plaga social se han publicado, entresacando los datos y proporciones numéricas que creemos más conducentes á nuestro objeto.

Antes de pasar más adelante, hemos de hacer constar el placer con que hemos visto que hombres tan eminentes como el Dr. A. Pulido, Gómez Ocaña, tan laboriosos como el Director facultativo del Manicomio de Santa Agueda, Dr. Añibarro, Bernaldo de Quirós, Salillas, Llanas Aguinaliedo y tantos otros, dedican su atención y poderosas facultades al estudio del alcoholismo en España en estos últimos años, tan abandonado, por desgracia, anteriormente.

Así como se llega á conocer la riqueza industrial de un país por el número de fábricas que en él existen ó funcionan, y si queremos un conocimiento más exacto de ella, acudimos á sumar las cantidades de producto que cada una elabora, del mismo modo, para llegar á conocer el del desarrollo que el alcoholismo adquiere en un país, contamos el nùmero de tabernas ó establecimientos para la expendición de bebidas espirituosas que este tiene y sabiendo el número de habitantes

del mismo, establecemos la proporción de cuántos individuos corresponden al consumo de cada taberna y si después comparamos el número de ellas en una decena de años, por ejemplo, llegamos á conocer el aumento ó disminución de tan temible enfermedad.

Más exacto sería anotar la producción de estos líquidos espirituosos, sumada á la importación que del extranjero se haga, ó restada si de ellos se ha hecho exportación, y toda la cantidad dividirla por el número de habitantes que dicho país tenga.

Veamos, pues, qué desarrcllo tiene el alcoholismo en las naciones civilazadas, y á la par el impulso que éste ha dado á la criminalidad y á la locura, sus hijas predilectas.

INGLATERRA, ESCOCIA, IRLANDA

En el Reino Unido, dejando á un lado la exportación é importación, y evaluando el consumo por la cantidad de alcohol producido por la fabricación y que paga derechos al Estado resulta:

En Inglaterra en el año.	1820	4.284,788	gallons.	(1)
Inglaterra y Gales, England and Wales, id.	1866	9.251,807	»	(2)
En Escocia, íd	1820	1.863,987	»	
En Escocia, íd	1866	7.397,214	»	
En Irlanda, íd	1820	3.299,650	»	
En Irlanda, íd	1866	5.390,105	»	

Resultando, como vemos, que el Reino Unido consumió en el año 1820, 9.448.435 galones, y en el 1866, 23.039.216, aumento que asusta, á pesar de tener presente el aumento de población en el último año citado, que es de 9.200.000 habitantes y de mayor contribución, que este último año pagaba el alcohol en Escocia é Irlanda, puesto que en Inglaterra apenas hay variación en dos años; pero en los otros dos países, en el último, pagaba 275 francos por hectolitro, y en el año 1820 pagaba nada más que de 70 á 80 francos por hectolitro.

En 1888, segùn el *Judicial Statistics, for England and Wales*, el número medio anual de casos sumariados por embriaguez y de escándalo grave, ha sido desde 1868 á 1887 entre el 25 y el 31 por 100 del número tatal de sumariados, á pesar de haber bajado en esos años notablemente el consumo de alcohol, cuyo descenso ha continuado en los últimos años; verdad es que el Gobierno le ha hecho una guerra arancelaria tremenda, gravando las bebidas alcohólicas con un im-

(1) Tomadas por l'Inland, revenué department.
(2) El galón equivale á 4 litros y medio.

puesto de 447 pesetas por hectolitro, mientras están libres de derechos el azúcar y el té, y que las sociedades de templanza han aumentado mucho; la Asociación médica británica de templanza cuenta con 1.500 médicos y mucho mayor número de estudiantes. Según el sabio ruso Sikorski, el consumo anual, por habitante, de aguardientes y bebidas con 50 por 100 y más de alcohol en Inglaterra en el año 1897, ha sido de 4,59 litros.

PAISES BAJOS

En 1869	280,587	hectolitros.
1870	277,150	»
1871	281,633	»

Resultando: que en 1870 cada individuo consumía más de ocho litros; que en vez de disminuir suben á 9,22 por individuo desde 1883 á 1887, dando 16 por 100 de enagenados por el alcohol entre los hombres y el 2 por 100 entre las mujeres, y según el Dr. Bertrand más posteriormente; las $^{4}/_{5}$ de las causas, $^{7}/_{8}$ de las querellas y el $^{1}/_{4}$ de los atentados contra las propiedades. En el 1897, Sikorski estima en 8,44 litros el consumo por individuo, acusando una mejoría.

SUECIA

Ningún país ha sido más atacado de la plaga alcohólica que este Estado, señalado años atrás con el nombre de Destilería de Europa; pero ninguno tampoco le ha ganado en actividad ni en sabias medidas para combatirla; verdad es que ningún médico ha tratado del alcoholismo con más conocimientos y competencia que el sueco Magnus Hus, ni ha habido apóstol de la templanza más laborioso que su compatriota Peter Wieselgren. En el período de 1881 á 1885 en que ya había descendido mucho el consumo del alcohol, todavía se contaban en las ciudades suecas una tienda ó taberna por cada 771 habitantes; del año 1872 al 1876, se calculaba que cada habitante consumía 6,07 litros, bajando á 4,01 litros del 1882 al 1886. En 1895 se nota un aumento que llega hasta el 6,67 litros por individuo, que posteriormente ha decrecido aunque muy poco; pero, de todos modos, resulta una diferencia enorme entre 40 litros por cabeza que consumía Suecia en 1830, á los 6,67 litros en el 1885, según los datos oficiales que hemos podido adquirir.

La proporción de enagenados alcohólicos que en 1873 era de 10,14, se redujo á 6,12 en 1882 y á 3,45 en 1890. La de suicidas alcohólicos, de 26 á 14 por 100. La mortalidad por alcoholismo de 33 por 10.000

á 10,5. La criminalidad se halla reducida hoy, á un 73 por cada 10.000 habitantes.

SUIZA

El país más liberal, prácticamente considerado de Europa, ha tomado serias medidas contra el alcoholismo, siendo la principal el decreto de la Asamblea Federativa cou fecha 23 de Diciembre de 1886, monopolizando la fabricación y la importación de los alcoholes industriales; pero, á pesar de todo, resulta una taberna por cada 131 habitantes, consumiendo 340 litros por cada individuo y de 2.560 criminales presos 1.030, su causa era por el abuso del alcohol, y de 825 hombres y 98 mujeres considerados como locos por causa alcohólica restados de los 7.362 orates que los cantones arrojan como total de sus enagenados.

RUSIA

Es una de las naciones en que más trabas se han puesto en estos últimos años á la venta del alcohol, contando además en su seno sociedades de templanza tan numerosas, que cuentan con 25.000 inscriptos y 5.500 protectores. No obstante, se puede calcular que llega el consumo anual de Rusia, á 10 litros por individuo en el período de 1873 á 1882, según las investigaciones internacionales anteriores á las del sabio ruso ya citado Dr. Sikorski que en el año 1897 la evalua en 4,86 litros por cabeza, acusando una gran mejoría en este particular.

ALEMANIA

El consumo de alcohol á 100° en esta nación, oscila desde 7,43 litros (en 1882) á 8,25 litros (en 1885). Para Prusia, hay un aumento de cerca de 3 litros más por individuo. En el año 1889 el *Anuario estadístico* del Imperio alemán, dice que hay una fábrica de destilería de alcohol para cada 928 individuos. Se observan alternativas de aumento y descenso, cuya causa hay que buscar en los acontecimientos y convulsiones políticas, al par que al desarrollo de grandes empresas comerciales. En 1882 se observa un crecimiento en los casos de alcoholismo. El gran Brouardel asegura que el 8 por 100 de los suicidios, es debido al alcoholismo, en Prusia; en Sajonia el 16 y en Wurtemberg el 26. En el primero llegan al 15 por 100 los locos alcohólicos y en el último al 48 por 100; figurando el 15 por herencia. El Dr. Baner (de Berlín) dice que la proporción de criminales alcohólicos, llega á 43,9 por 100 en los hombres y á 18,1 en las mujeres, cifras que parecen un poco exageradas, teniendo en cuenta, que raro es el criminal que no

acude al alcohol, como escudo de defensa de sus crímenes, y que muchas veces aparece como alcoholizado el que usa ó bebe este líquido.

ESTADOS UNIDOS

Mr. Everest, exministro de negocios extranjeros de esta República, dice: «desde hace diez años, ha costado á la América, un gasto directo de 3.000 millones de francos y un gasto indirecto de 600 millones. Ha causado la pérdido de 300.000 individuos; ha enviado 100.000 niños á los asiles, ha conducido 150.000 personas á las prisiones y 10.000 á los manicomios. Ha inducido á la perpetración de 1.500 asesinatos; ha causado 2.000 suicidios y ha incendiado ó destruído por valor de 50 millones en propiedades». Hay que reconocer que ha acudido enérgicamente al remedio, valiéndose principalmente, como Inglaterra, de las Sociedades de templanza, que han adquirido un desarrollo tan grande que pasan de 4.000.000, los individuos que á ellas pertenecen.

Así se concibe que Sikorski asigne como consumo anual por individuo en 1897 la cantidad de 3,78 litros. El Perú, por desgracia, aparece citado en la *Rivista penale* de Noviembre de 1902 como el país más consumidor de alcohol, pues sus 3.000.000 de habiiantes, consumen por año 2.600.000 hectolitros de bebidas alcohólica, aproximadamente 90 litros por cabeza.

BÉLGICA

Es una de las naciones más castigadas por el alcoholismo, por lo mismo que tiene grandes centros fabriles, en donde se reunen tantísimos obreros. En el año 1888 decía Mr. Candestier, que Bélgica consumía por año 70.000.000 de litros de Ginebra, que es un licor bastante dañino. En 1897 según Sikorski consumió cada individuo 9 litros.

ITALIA

Como país productor de vino en grande escala, está menos castigado por la plaga, siendo el consumo anual de alcohol absoluto, de un litro por individuo: dando 320 individuos y alcohólicos procedentes de los hospitales por cada 100.000 habitantes y una mortalidad de 47 en la misma proporción. En 1897, Sikorski asigna á cada individuo el consumo de 1,17 litros.

HUNGRÍA

En la Croacia y la Eslavonia (Hungría propiamente dicha), puede evaluarse el consumo en 5,34 litros por cabeza; teniendo presente que

aunque el consumo anual de aguardiente llega hasta 14 litros por cabeza, nuestra proporción es bajo la base del alcohol absoluto y ese aguardiente es de 35 por 100.

NORUEGA

Podemos decir que este país ha pasado por etapas parecidas á las de Suecia; y que desde 8 litros que en 1830 consumía cada individuo, ha descendido en estos últimos años á 2 litros por cabeza.

FINLANDIA

Desde 1887 la proporción de tabernas por habitantes, arroja la cifra consoladora de una taberna por cada 1.574 habitantes, consumiendo por año cada individuo 2,06 litros. En el período comprendido entre el año 1883 á 1887, se cuentan 1,968 individuos castigados por embriagarse ó sea 75 por cada 100.000 habitantes.

DINAMARCA

En 1880, había una taberna por cada 194 habitantes, y el consumo se elevaba á 18 litros por cabeza, que acusa bastante intensidad en el alcoholismo. El 30 por 100 de los accidentes que necesitan auxilio de las Casas de Socorro, son debidos á la embriaguez y la enagenación mental por la misma causa arroja un 11 por 100. Entre 1.000 detenciones ó arrestos 747, ó sea 74, 7 por 100, han recaido en sujetos ébrios.

FRANCIA

En ninguna nación podemos estudiar mejor que en ésta el alza y baja del consumo del alcohol y su influencia en el aumento y descenso de la locura y del crímen, frutos inevitables del envenenamiento por el alcohol, renunciamos á reseñar la multitud de trabajos hechos por los estadistas y médicos franceses sobre esta materia, pues resultaría sumamente largo este trabajo para una memorla encaminada, sobre todo, á exponer la bondad de un tratamiento del alcoholismo, pareciéndonos mejor extractar lo dicho por el elegante y sabio escritor médico Dr. Pulido en su obra *Grandes problemas*, al ocuparse del alcoholismo en Francia.

«El consumo de espíritus industriales, reconocido oficialmente en 1885 por la Administración de contribuciones indirectas y que ha pagado impuesto, ha sido de 1.544.342 hectolitros, y si á ello se agrega lo que Lunet admite existir fraudulentamente, entonces ha sido de

2.551.285, lo cual supone un capital de 163.481.318 francos, valorando el hectolitro á 63,75 francos y excluyendo derechos de consumo. Suma Rochard con las anterieres cifras la pérdida de dos días de trabajo á causa de la embriaguez, la cual, á razón de 2 francos cada uno, asciende á 362.771.000 francos. Los enagenados alcohólicos han quintuplicado en Francia en veinte años: siendo su número en 1865 de 338, era ya en 1885 de 1.732. En 1885 se suicidaron 868 individuos por causa alcohólica, y hubo 538 homicidios. Sikoski calcula en 8,5 litros lo que ha consumido cada individuo en Francia en el año 1897.

ESPAÑA

Ocupa el tercer lugar entre las naciones de Europa, que menos consumo hacen del alcohol, según la estadística ya citada de Sikorski, consumiendo cada individuo en el año 1897, 2,29. Sabemos que en algunas provincias, cuyo suelo minero atrae y sostiene muchedumbres obreras, se abusa mucho del alcohol, y deseamos vivamente que nuestros gobiernos presten la atención que este asunto merece, cortando el mal antes que avance más en toda España, y muy especialmente en esas provincias citadas ó aludidas.

El alcoholismo como agente de degeneración.—Los doctores Macret y Combemale, el día 5 de Marzo del año 1888, presentaron á la Academia de Ciencias de París una nota relativa á la influencia degeneradora del alcohol en la descendencia, basada en hechos experimentales sobre perros, que son de tres órdenes.

Primero. Productos de un perro intoxicado crónicamente por los ajenjos.

Segundo. Productos de una perra intoxicada de una manera aguda, durante las semanas del embarazo, con ajenjo común.

Tercero. Descendencia de uno de los productos de esta perra no sometido al agente tóxico.

De estas experiencias se deduce que la acción nociva del alcohol, es más considerable en la primera que en la segunda generación, y muy manifiesta. El Dr. J. Dallemagne en su obra *Degenés et Desequilibres* se expresa así: «El alcoholismo figura en el primer rango como factor esencial de la degenerescencia. Morel et Daylly le consagran un capítulo importante.»

El alcohol es un factor de degeneraciòn bajo el punto de vista individual, mostrando en su acción lenta y progresiva á la regresión de etapa en etapa hasta la extinción del tronco de la raza. Crea selecciones apenas marcadas al principio. El deseo de alcohol parece nacer casi

fatalmente de la intensidad deprimente y progresiva de nuestra civilización. Los nacidos bajo la influencia dsl alcoholismo de los padres, sufren las consecuencias del estado convulsivo seguido de estupor que determina el alcohol en los que de él han abusado: la histeria, la epilepsia, la imbecilidad y las enfermedades que son las consecuencias de las afecciones convulsivas de los jóvenes, el debilitamiento profundo de la inteligencia, las tendencias instintivas más malvadas se observan en los niños de los alcoholizados, como han existido transitoriamente en los progenitores.

Motet, en una tésis donde figura la célebre tabla, tan frecuentetemente reproducida de la embriaguez absíntica, expresa: Que el alcoholismo mina sordamente la raza. Lancereaux escribió en el *Diccionario Enciclopédico* su artículo sobre el alcoholismo, que ha quedado como descripción clásica á pesar de los años transcurridos y dice:

«El individuo que hereda el alcoholismo, está generalmente marcado con una degeneración que se manifiesta muy particularmente por perturbaciones de las funciones del sistema nervioso». Niño, sufre convulsiones ó de otros desórdenes nerviosos, quedando idiota ó imbécil. Adulto, tiene un sello especial; su cabeza es pequeña, tendiendo á la microcefalia; su fisonomía es estúpida, su mirada sin expresión ó estúpida.

Una susceptibilidad ó una movilidad nerviosa más ó menos acentua da, un estado neuropático vecino de la histeria, convulsiones epileptiformes, ideas tristes, la melancolía ó hipocondria, tales son sus atributos. La pasión de las bebidas alcohólicas, la tendencia á la inmoralidad, à la depravación, al cinismo, tal es, en suma el triste consorcio ó herencia que dejan á sus descendientes un número desgraciadamente muy grande de los individuos dados á las bebidas alcohólicas».

Magnan termina *des principaux signes cliniques de l'absinthisme;* con esta afirmación. «Precisa proclamar con energía esta verdad como innegable; el alcohol es un veneno, pero un veneno más solapado que ninguno por las vestiduras ó adornos pérfidos con que la industria le recubre para poderle vender mejor en los despachos.

Lenz admite en su obra sobre el alcoholismo dos clases de herencias alcohólicas: la herencia de semejanza y la herencia de transformación».

Esta última se manifiesta en la descendencia de los ebriosos por diferentes transformaciones mórbidas del estado psíquico, por las neurosis, etc., creyendo que las faltas del desenvolvimiento del cerebro dependen frecuentemente de atrofia acompañada de malformaciones craneanas.

Velaults, Legrain, Combemolle y tantos otros observadores, demuestran la degeneración en los descencientes de alcoholizados en parecidos términos, sentando este último como verdad indiscutible que el descenciente de un alcohólico que principia á procrear en un acceso de embriaguez, será un nervioso, un desequilibrado, un alocado, un melancólico, un extravagante, etc., y, en efecto, consultado hace años sobre las extravagancias y rarezas que se observan en una señorita de 18 años, hija de un magistrado, y habiendo interrogado reservadamente á este señor sobre antecedentes de familia, después de haberme manifestado que no recordaba dato alguno, entablamos conversación sobre esta materia, exponiéndole que bastaba en ocasiones haber engendrado un hijo en estado de embriaguez para que este desdichado sacase predisposición á enfermedades nerviosas y perturbaciones mentales de la índole de la que la señorita A. padecía; dicho señor me hubo de confesar, más adelante, que, en efecto, compulsando fechas y esforzando su memeria recordaba perfectamente que su hija debíó ser engendrada la noche del santo de su madre, en que se había celebrado una fiesta de familia, teniendo que retirarse á su dormitorio el matrimonio antes de la hora acostumbrada por sentirse ambos indispuestos, y más especialmente él, á causa de haber abusado de las bebidas alcohólicas.

Demme de Berne, compara diez familias de antepasados bebedores, con otras diez, sino de abstélnicos puros, por lo menos sóbrios, no incluyendo en aquellas ni en estas, las que tenían estigmas hereditarios (locura ó neuropatía), dando el siguiente resultado:

Muertos en edad temprana..	5	hijos de la 1.ª, y	12	de la 2.ª
Sordomudos................	0	....	2	
Atrasados..................	2	....	8	idiotas.
Corea......................	2	....	0	
Epilépticos................	0	....	13	
Deformes...................	2	....	3	
Enanos.................. ..	0	....	5	
Borrachos con corea ó epilepsia..................	0	....	5	
Sanos......................	50	....	9	
Totales.......	61	....	57	

Legendre, en 215 familias alcohólicas, estudiadas en dos, tres y aún cuatro generaciones, halla en 800 descendientes que estas familias producen.

37	Nacimientos antes de término y 16 nacidos muertos, en conjunto..................	6	por 100
121	Muertos precozmente (muchos con convulsiones)..............................	15	»
38	Casos de debilidad física..................	4	»
65	De tuberculosis........................	7	»
145	De locura...............................	18	»
422		50	por 100

La otra mitad comprende buen número de desequilibrados, atrasados, epilépticos é histéricos. Plutarco decía: «La embriaguez no produce nada que valga». Cruveilhier ha escrito: «En la primera generación, aparece la inmoralidad, la depravación, lòs excesos alcohólicos, el embrutecimiento moral; en la segunda la embriaguez hereditaria, los accesos maníacos, la parálisis general. En la tercera, las tendencias hipocondríacas, la lipemanía y las tendencias homicidas.

En la cuarta, por último, la inteligencia está poco desarrollada, el niño estúpido ó idiota y degradado no llega á la edad adulta, y la raza se extingue. Darwin participa de la misma opinión. Nuestro sabio higienista Dr. Rodríguez Méndez, en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* del 21 de Octubre de 1901, dice: «El laborioso Bourneville, publica un artículo, *Action d'Alcoholisme sur le production de l'idiote et de l'epilepsie*, con la siguiente estadística: «En Bicetre han ingresado 2.072 niños idiotas, epilépticos, imbéciles é histéricos; desde Octubre de 1879, y en la fundación Vallé, 482 niños de igual jaez, desde Marzo de 1890. Dada esta estadísta en 31 de Diciembre de 1890, resulta que los padres de 785 niños y 148 niñas cometían excesos; total, 933. Las madres de 67 niños y 13 niñas, cometían excesos. Los padres y las madres de 30 niños y 10 niñas cometian excesos. Se ignora de 340 niños y 110 niñas, y eran sobrios los de 850 niños y 201 niñas. Durante la concepción, los padres de 335 enfermos estaban borrachos y probablemente las madres de 86. Si contamos estos niños así concebidos, 12,5 por 100, no comprendemos los 450 de antecedentes ignorados, y 732 que no dan detalles del acto de la concepción, hay las siguientes proporciones: 36,5 por 100 de padres con excesos; 3,1 de madres con excesos; 1,5 de ambos, ó sea 41,1 de padres alcoholizados, y 41,1 de padres sóbrios. Es indudable la influencia del alcoholismo.

PARTE TERCERA

CAPITULO I

TRATAMIENTO

Antes de ocuparnos del tratamiento del alcoholismo agudo, subagudo y crónico con las variedades que anteriormente describimos, nos parece oportuno tratar con alguna extensión de las inyecciones con el suero anti-alcohólico de V. Thebault, como medio curativo del alcoholismo; para estudiar sus resultados y las razones de haberlo desechado en la práctica.

En las sesiones del 15 y 29 de Mayo del 1900, de la Academia de Medicina de París, los Dres. Broca, Sepelier y V. Thebautlt, manifiestan que de sus experiencias con el suero de un caballo, previamente sujeto á la absorción del alcohol diaria, en dósis moderada, é inyectado á 57 individuos alcohómanos, resultan 4 fracasos por inconstancia, 13 fracasos, 8 mejorías y 32 éxitos y deducen las conclusiones siguientes:

1.ª Los efectos del suero, no pueden atribuirse á la imaginación, ni á la sugestión, porque entre los éxitos, hay individuos que desconocían la razón y naturaleza del tratamiento, porque los histéricos, neurasténicos y sugestionables, figuran todos en los fracasos ó á lo sumo en las mejorías.

2.ª La acción del suero anti-alcohólico es únicamente fisiológica y consiste en despertar los actos reflejos. El suero hace del alcohómano un instintivo. El alcohómano sin estigmas y no hospitalizado que se trata por la anti-etilina, pierde su educación alcohólica y su toleranc a, costumbre, necesidad y gusto respecto al alcohol. Lo mismo, aunque eon más lentitud, sucede con el vino, sin duda, por la menor can tidad de alcohol que este contiene y los desórdenes del estómago que ocasiona.

3.ª La naturaleza fisiológica de la acción del suero, se confirma por el obstáculo que oponen á esta acción todos los estigmas, psicosis, neurosis, enfermedades de la nutrición, sea la que quiera su etiología y patogenia.

4.ª Las condiciones esenciales de la aplicación del suero anti-alcohólico, son las siguientes:

A La falta de estigmas, dependientes ó no del alcohol, es decir, aplicación del suero, solo á los alcohómanos sanos de cuerpo y de es-

píritu. *B*. Libertad del individuo, dejar dedicarse al alcohómano á sus ocupaciones ordinarias, á su trabajo, á sus placeres; esta libertad absoluta es la que permite únicamente juzgar los efectos obtenidos. *C*. La falta de resistencia del individuo, su libertad, es decir, que el individuo contribuya al suero con su voluntad de querer sujetarse à la experimentación. El suero anti-alcohólico, hace fisiológicamente del bebedor, un instintivo y merece figurar en el tratamiento anti-alcohólico.

En la *Revista de Medicina y Cirugía* del 14 de Noviembre de 1900, V. Thebault, escribe con el encabezamiento Dipsorexia y antietilina «Ensayo sobre el primer período de intoxicación alcohólica (dipsorexia) por el suero anti-alcohólico (antietilina).» Escribe: «Se ha discutido mucho sobre la exactitud del vocablo alcoholomanía. Algunos pretenden que en el caso presente no hay manía. Ya he dicho en otra parte, por qué no aceptaba la expresión de alcoholismo insidioso, ni la de alcoholismo latente, aunque la hayamos empleado en el informe que fué dirigido á la Academia de Medicina (París) el 26 de Diciembre de 1899. ¿Qué vocablo conviene emplear, ya que el de alcoholomanía no ha satisfecho á las gentes? Un alienista distinguido, en una conversación que tuvo con Broca y conmigo, nos decía, que el vocablo exacto sería aquel que tradujera el estado del enfermo que tiene un apetito inmoderado por la bebida. En este caso se debería designar á este período del alcoholismo con el nombre de dipsorexia, *yo bebo y apetito*, deseo, necesidad. La dipsorexia presenta cuatro períodos.

Primero, inclinación; segundo, hábito, en que los reprime (los excesos) cuando quiere y lo hace por costumbre; tercero, deseo; cuarto, necesidad. Si el individuo no tiene lesiones anatómicas, es dipsorético, si las tiene es alcohólico. De aquí la gran importancia que para el autor tiene el saber si hay ó no lesiones anatómicas, para intervenir oportunamente. Los síntomas principales son los siguientes: facies típica, mirada torva, actitud general y de las manos de caracter típico, trastornos digestivos y nerviosos en muchos casos y ensueños de caracter principalmente profesional, aunque este síntoma no es de un valor absoluto. El corazón y el riñón están interesados en algunos casos, pero el hígado y el peritoneo siempre están indemnes. En cuanto estos órganos están atacados, ya no se trata de un dipsorético sino de un alcohólico crónico.

El empleo de la antietilina presenta contraindicaciones que vamos á enumerar:—1.ª Lesiones que dependen del brigthismo ó de la diabetes.—2.ª Trastornos dependientes de un estado mental, locura, histerismo, etc. En este caso se añade el alcoholismo de Huss.—3.ª En-

fermedades intercurrentes, como la grippe, sarampión, etc., como contraindicaciones temporales. La técnica operatoria consiste en inyectar asépticamente una dosis de suero media, de cinco centímetros cúbicos, algunas veces más, y se repite cada tres ó cuatro días; se le aconsejará al individuo que no cambie en nada sus hábitos de intemperancia, y se le ruega que nos diga las sensaciones que se le presenten ó note. La acción del suero se revela de varios modos:—1.º El sujeto siente una gran repugnancia á los alcohólicos, hasta el punto de producirle náuseas ó vómitos su olor.—2.º El alcohol sabe á moho, á podrido, á pintura, á agua de jabón, á tierra, etc., y le repugna.—3.º El enfermo es indiferente al alcohol; si lo bebe tiene que vomitarle, porque de lo contrario le emborracha con ínfima cantidad.

En otros casos se observan trastornos generales mal definidos que le hacen guardar cama. Tanto en uno como en otro caso, como el enfermo no goza con su licor favorito, renuncia á él, sobre todo, porque recobra la voluntad perdida. Durante este tiempo engorda y cobra fuerzas. El temblor se disminuye y puede llegar á desaparecer. Lo mismo sucede con los insomnios y los ensueños. A medida que la mejoría se establece, el enfermo presenta una serie de fenómenos que recuerdan la grippe. En estos casos hay diarrea negra y fétida, hay fluxiones articulares violentas. El enfermo siente una cefálea diurna ó aparece una erupción morbiliforme, que recuerda la urticaria por el picor. A menudo tiene que guardar cama 48 horas. Cuando han faltado precauciones antisépticas, pueden las inyecciones producir hasta flemones; sobreviene la impotencia genésica, quedando los deseos genésicos solamente. (El tiempo cura esto, según el autor).

Si se considera el alcoholismo como una intoxicación análoga á la que producen en el organismo las toxinas, es natural pensar que acaso exista en la sangre del animal alcoholizado una substancia cualquiera capaz, en un momento dado y bien definido, de neutralizar la acción del alcohol. Esta hipótesis ha sido confirmada por los trabajos de Toulouse, Maramaldi d'Evely.. Por otra parte, Bouchard y Debove la comparan á las infecciones. Por último, Ehrlich explica, no sólo la formación de las antitoxinas, sino también el mecanismo del hábito y de la intolerancia, confirmando así, de una manera indirecta, el concepto que yo vengo teniendo desde 1898, de que las diferencias funcionales de las células nerviosas provienen de una diferencia en la constitución química del protoplasma. Yo he creído encontrar en la hipotésis de las cadenas laterales la explicación que deseaba para mi teoría. Procuraré resumir ahora esta opinión de Ehrlich: «Las antitoxinas, estas sustancias específicas, y en apariencia tan hetero-

géneas, con relación al organismo, no son, en suma, otra cosa que productos normales de la actividad celular. Para esto basta con que ciertas células, susceptibles de dejarse impresionar por una toxina, contengan elementos particulares dotados de una independencia más ó ménos considerable y que presentan una gran afinidad quimica respecto al veneno de que se trata.

Comparando entonces los productos que se forman, con los que se obtienen, modificando los derivados del exágono de Kelule, por ejemplo, llama Ekrlich cadenas laterales á los productos que deja en libertad secundariamente el protoplasma celular al experimentar la acción de la toxina. Si se admite con Ríysen, Destree y otros, que el mal que hay que combatir es una transformación del hábito; primera naturaleza, en un nuevo hábito, segunda naturaleza; se puede plantear la cuestion en los siguientes términos: ¿Suprime el suero la necesidad irresistible; suprime el hábito, vigoriza el sistema nervioso que desfallece? ¿Restablece quizás el hábito ó primera naturaleza, completamente fisiológica en el puesto que ocupaba el hábito, segunda naturaleza, enteramente patológica? Basta recorrer nuestras observaciones para encontrar en ellas: primero, la disminución y además la supresión de la tolerancia, la obtención más rápida de la embriaguez, la aparición de molestias después de haber bebido. Segundo, la gama retrógrada de la educación, perversión del gusto, disminución y supresión de impresión gustativa agradable, impresiones gustativas y olfatorias desagradables. Tercero, la serie de los actos reflejos, desde el vómito hasta la expulsión inmediata. Como es natural, estos tres órdenes de fenómenos instintivos se combinan de diferentes maneras según los sujetos. Las 57 observaciones que presenta el autor ya están anteriormente anotadas.

Unicamente dos casos presenta con toda extensión; el uno, obserción *A*, primero de sus notas personales, con buen éxito: dipsoréico avanzado, delirio alcohólico agudo: V., de cuarenta años, cargador en el Mercado central de París, ha sido militar en las Colonias. Bebe todos los días mientras trabaja siete á ocho copas de ajenjo y otras siete á ocho de ron ó coñac. Bebe un litro de vino en cada comida; tiene mucho temblor en los miembros y fibrilar en la lengua, parece un paralítico agitante; el corazón normal, así como el hígado y el riñón. El 8 de Agosto tiene congestión pulmonar muy ligera. El día 10 se le inyectan cinco centímetros cúbicos de suero. El enfermo delira y pega y no duerme por la noche. Al día siguiente se calma el delirio y duerme algo; sigue bebiendo ajenjo, coñac y ron. A las cuatro de la tarde mejora mucho el temblor y no muestra avidez por el ron, coñac ni ajen-

jo, por la noche duerme bien. A la mañana siguiente, pide perdón por sus excesos; casi desaparece el temblor, come bien y casi hay que hacerle violencia para que beba. Se le hace la segunda inyección de cinco centímetros cúbicos. Al día siguiente apenas tiembla; 14 de Agosto; ya no desea coñac, el ajenjo le ha parecido insípido y empalagoso. La inteligencia se ha despejado; 17 de Agosto; bebió ron sin saberle mal; día 29, el mismo estado; el 23, bebe menos; otra inyección de cinco centímetros; el 11 de Septiembre, casi tiene repugnancia por el alcohol; sin embargo, bebe una copa de ron con agua; bebe vino con gusto en el almuerzo; 9 de Diciembre, ya no bebe más que dos copas de ajenjo al día y coñac con agua de seltz; 10 de Septiembre de 1900; de vez en cuando toma un poco de ajenjo y su mujer, temerosa de un delirio, le da cada día una copita de alcohol.

La observación *B*, con el núm. 21, resulta un verdadero fracaso del tratamiento, dando como excusa el autor el estar en principio de alcoholismo crónico.

El Dr. L. Maramaldi, en la *Gazzéta internazionale dí Medicina práctica*, 1899, dió cuenta de haber emprendido una experimentación sobre la inmunización contra el alcoholismo agudo, deduciendo lo siguiente:

1.° Es posible inmunizar los perros, dándoles dosis crecientes de estos venenos, hasta hacerles tolerables grandes cantidades sin que sufran trastornos funcionales ó alteraciones orgánicas.

2.° El suero de perro inmunizado contra el alcohol, contiene una antitoxina especial capaz de neutralizar la acción tóxica de una dosis de alcohol mayor de la cuarta parte de la mínima mortal.

3.° El suero de la sangre normal no influye en el aumento de la resistencia orgánica contra el alcohol, y mucho menos para explicar una acción curativa en el envenenamiento agudo.

En la sesión del día 15 de Junio de 1901, celebrada en la Real Academia de Madrid, el Dr. Espina, en nombre del Dr. Rallo, de la Bisbal (Gerona), presentó un caso de curación de un alcoholizado, por las inyecciones del suero anti-alcohólico de Thebault. Por desgracia, no podemos considerar este caso más que como el de un bebedor, con bastante fuerza de voluntad para contenerse, y miedoso al verse invadido de síntomas graves del sistema nervioso, obrando, todo lo más, el suero como sugestionante.

Digamos la opinión de Crivelli (de Melbourne), manifestada en la sesión del 8 de Mayo de 1900, de la Academia de Medicina de París. Hace algún tiempo que los doctores Sapelier y Broca dieron á co-

nocer un método de tratamiento del alcoholismo por la seroterapia. Mis experimentos anteriores habían sido negativos.

El suero anti-alcohólico procede de una ternera intoxicada á conciencia por la ingestión cotidiana de un litro de aguardiente. La inyección subcutánea diaria de 1J gramos de suero de ternera produjo algunos resultados útiles, que pueden atribuirse á la sugestión; después los resultados fueron negativos. La inyección de suero artificial durante la crisis del alcoholismo agudo, obra de igual manera que el suero anti-alcohólico, aumentando la resistencia del enfermo é impidiendo el colapso, puede usarse en esos casos.

Vemos, pues, que las grandísimas esperanzas concebidas al anuncio del descubrimiento de un suero anti-alcohólico han sido defraudadas, y si hemos puesto á continuación de las experiencias de V. Thebault y de Maramaldi las negativas de Crivelli, ha sido por evitarnos tener que refutar un tratamiento que la clínica ha desechado, y que aparte de la distinción arbitraria de dipsorreicos y los que padecen el alcoholismo de Huss, que más bien parece la creación de un tipo de alcoholismo sujeto á los patrones ó moldes de su tratamiento, y que en realidad clínica no puede admitirse, adolece á más de no corresponder los resultados de otros profesores concienzudos con los obtenidos por el autor, el apoyarse para explicar la acción de la antitoxina sobre el organismo, en la hipótesis de las cadenas laterales de Ehrlich, nada menos que para la transformación del hábito ó primera naturaleza en un nuevo hábito, segunda naturaleza, cuya hipótesis no está admitida por muchísimos profesores.

Profilaxis.—Una enfermedad tan extensamente repartida y cuyo agente se produce en tan grandísima cantidad y á un precio económico, una plaga social que tantas víctimas hace, según hemos visto en el curso de este trabajo, no puede ser combatida más que por los esfuerzos de los Gobiernos en cada país, aunque resultado más positivo daría si todos los Gobiernos de los países civilizados se unieran entre sí para atacar al enemigo común del género humano, quedando después al cargo de la Medicina el combatirle allí donde hubiera un individuo alcoholizado.

La mayor parte de las naciones civilizadas han adoptado medidas represivas más ó menos fuertes contra el alcoholismo, desde la simple multa hasta el castigo como delito, y si rebuscamos en lo antiguo, hasta la pena de muerte impuesta por Dracón al borracho; desde el recargo en la patente al que expende el alcohol, hasta la prohibición absoluta de su venta y elaboración, excepción de su empleo como medicamento y de su empleo como agente industrial. Lo mismo han hecho

tomando medidas persuasivas, propagando los conocimientos higiénicos por la palabra en los ateneos y centros de instrucción y por los escritos, detallando los inconvenientes y daños del alcohol en general y más especialmente, los que produce cuando es de mala calidad en el hombre.

También, aunque indirectamente, han favorecido la creación, sostenimiento y desarrollo de las sociedades llamadas de templanza, resultando del estudio y comparación de todas estas medidas, que las represivas, por muy enérgicas que hayan sido, nunca han dado un fruto grande y en ocasiones hasta contraproducentes, pues ha podido más el fraude que la suspensión de su venta é íbamos á decir que la inmoralidad ha vencido ó ha podido más que el castigo, cuando se ha considerado como delito esa embriaguez; además, que tratándose de los derechos individuales á que todos tenemos derecho, el legislador no ha podido dictar leyes que á ellos se opongan. ¿Qué medidas han resultado hasta la fecha más beneficiosas para combatir el alcoholismo? Las persuasivas, las que tienden á ilustrar al hombre, las que le enseñan los peligros para poderse precaver de ellos, el desarrollo y creación de sociedades de templanza, de sociedades morales y religiosas, pues á más de enseñar los beneficios materiales que del cumplimiento de las leyes de la higiene resultan al individuo, á su raza y á la especie, dan al hombre la satisfacción de haber obrado bien y en consonancia con su religión, medio persuasivo el más enérgico, sobre todo en países que como España son eminentemente religiosos.

La creación de casas de salud *ad hoc* están dando grandes resultados consideradas también como medida general de combatir el alcoholismo pues al cabo y al fin, siendo la entrada del ebrioso en ellas obligatoria, sería un castigo en muchos casos y un casi estigma, para el ebrioso, á quien siempre se podría echar en cara la necesidad que hubo de recluirle en ella, pues como medio poderoso de tratamiento individual del ebrioso, está reconocido como uno de los mejores.

Existen, además, en algunos países establecimientos para servir de albergue á los ebriosos criminales, ó para los que á consecuencia del alcoholismo promueven alborotos ó dan espectáculos poco edificantes al público, sumamente beneficiosos para aquellos individuos susceptibles de curación y que sin mezclarse con los demás criminales, pueden aspirar más adelante á su dignificación social.

El que creamos que los medios persuasivos son más eficaces que los represivos, no es razón para que los desechemos, máxime cuando vemos que los medios asociados están dando tan fecundos resultados, como los obtenidos por Suecia, en donde podemos decir que, no sólo

se ha conseguido una mejoría del alcoholismo, sino también una curación; para ello, además del desarrollo de la cultura popular y la creación de numerosas sociedades de templanza, el Estado ha aumentado gradualmente los impuestos sobre la venta de los espirituosos, comprando, además los alambiques particulares por cuenta del mismo Estado á un precio superior á su valor, dando órdenes restrictivas cada vez más fuertes y terminantes, consiguiendo que las 10.000 destilerías existentes en el año 1830, quedasen reducidas á 24 en 1874, según unos datos que nos parecen exagerados, puesto que en 1896 hay ó aparecen, según datos más fidedignos, en número de 126.

Habiendo observado que los países productores y consumidores de los mejores vinos eran los menos castigados por el alcoholismo, se ha procurado recomendar á los Gobiernos que se facilite la entrada en sus países respectivos del buen vino, considerando como bebida espirituosa buena, recargando los derechos; en una palabra, poniendo trabas al consumo del alcohol puro ó mezclado con otras substancias. Se ha propuesto por los higienistas de todos los países, llevando la palma en este asunto los franceses, la creación de laboratorios especiales (municipales), dedicados exclusivamente al análisis de vinos y alcoholes, desechando para su venta los llamados impuros y no rectificados (á no llevar guía que indique para qué se emplean), y para el consumo como bebida todos los no rectificados, excepción del etílico, procedente de la destilación del vino, aunque teniendo presente que, para que resulte bueno para el consumo, ha de tener una proporción mínima de las llamadas impurezas, pues según los trabajos de Barbet y Gendier sobre impurezas del alcohol, en las cuales encontraron el aldehido acrílico ó acroleina, estas impurezas son necesarias para que sea bebible, no excediendo en dos gramos por litro. Los aguardientes de Granville y Normandía, contienen hasta siete gramos.

Los belgas no toleran más que dos gramos de impurezas. Los austriacos igual. Los suizos destilan el alcohol y después le agregan esencias ú otros productos tóxicos sin pasar de gramo y medio.

CAPITULO II

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO AGUDO Y SUB-AGUDO

Siempre que el alcohólico pueda deglutir, empezamos su tratamiento por provocar el vómito si éste no se ha efectuado ya, como sucede en muchas ocasiones; para ello nos valemos de la titilación de la úvula ó campanilla si es posible, y si no del agua clara tibia. Si á pesar

del vómito persiate el olor á alcohol en el aliento, ó tenemos motivo fundado de que el alcohol haya podido servir de vehículo á alguna substancia dañina ó peligrosa, entonces procedemos al lavado del estómago, empleando una agua alcalina; agua, dos litros; bicarbonato sódico, 20 gramos; D.

Cuando la intoxicación alcohólica es grave y el ebrioso se halla en un estado comatoso, insensible á los estimulantes, con el pulso débil, la respiración lenta, las extremidades frías y el termómetro marca un descenso de la temperatura normal (hemos visto un caso de 34 grados con 2 décimas en la axila); la primera indicación á que acudimos es á favorecer el vómito si podemos conseguirlo prontamente, y si no le ponemos una inyección hipodérmica de la siguiente manera (en cantidad de un centímetro cúbico): Amoniaco líquido, un gramo; agua destilada 6 gramos, M.e , en el epigastrio ó en los hipocondrios; la que volvemos á repetir á los doce ó catorce minutos próximamente. Si el pulso y la respiración se animan dando el enfermo señales de sentir, le mandamos friccionar enérgicamente todo el cuerpo con el aceite esencial de trementina, le envolvemos en una manta, colocándole en la cama con la cabeza ligeramente elevada con relación al resto del cuerpo, procurando por todos los medios posibles vencer la hipotermia del alcohólico. Si no obtenemos ningún resultado positivo y la respiración se hace más lenta y apenas perceptible, acentuándose el estado comatoso, acudimos á poner al enfermo una inyección hipodérmica cada cincuenta minutos, en cantidad de un centímetro cúbico de la fórmula siguiente: benzoato de cafeina y sosa, 2 gramos; agua destilada y esterilizada, 6 gramos; M.e

En caso de que agravándose más la postración llegue á tenerse que recurrir á la respiración artificial, nosotros seguimos el método de Schüller, que consiste en tirar del reborde costal hacia afuera, que un aydante practica con las dos manos (de un modo alterno) uno para cada lado, mientras nosotros comprimimos lateralmente las costillas falsas, después de cada tracción del ayudante, procurando imitar en lo posible los movimientos respiratorios fisiológicos de estos órganos. Sólo en una ocasión quisimos emplear la respiración artificial, valiéndonos de la introducción en los bronquios de un cateter de goma para alternar con la compresión de las costillas falsas, según recomiendan algunos autores; y cuando un compañero distinguido iba á practicar la traqueotomía, la entrada (en la habitación que ocupábamos) de la madre del alcohólico, que se opuso enérgicamente á la operación, nos privó de emplear ese recurso, dejándonos en la duda de si habría sido útil: la muerte del ebrioso ocurrió á los pocos minutos.

Lo que sucede con más frecuencia, por fortuna, es que la intoxicación alcohólica sea menos grave, hasta el punto de ser considerada la embriaguez como una perturbación leve y sin consecuencias; pues bien, para nosotros, siempre consideramos este envenenamiento como grave, no solo por los trastornos de la motilidad, sensibilidad y mentales que á nuestra vista se presentan, sino por la impregnación ó primera saturación que aquel individuo sufre, y que ha de ser el punto de partida de más graves desórdenes, siendo como el aviso de que ha empezado ó van á empezar las lesiones orgánicas y viscerales. En los delirios, cuya sintomalogía describimos anteriormente, después de cumplida la indicación de provocar el vómito, si no se ha efectuado espontáneamente, mandamos retirar al delirante á una habitación amplia, si puede ser, y bien ventilada, donde no oiga ruido y pueda estar á oscuras ó con poca luz, administrándole de hora en hora (hasta conseguir que se calme su delirio y excitación, y mejor que se duerma) de la fórmula siguiente: hidrato de cloral, 6 gramos; cloruro mórfico, 2 centigramos; agua destilada, 80 gramos; jarabe simple, 30 gramos; M.e y d.e Ordenamos que cada cucharada de esta medicina sea dada con un vasito de agua sola ó de infusión de café poco cargada, de té ó de tila.

Si conseguimos que desaparezca el delirio, al par que las perturbaciones de la motilidad y hasta las de sensibilidad, y, no obstante, el enfermo no puede dormir á pesar del cloral y morfina empleados, lo que sucede con más frecuencia que se cree, el remedio que mejores resultados nos ha dado en nuestra práctica ha sido el baño general de placer (de 36° á 38° c.) prolongado desde veinte minutos hasta los cuarenta y cinco minutos, según el grado de insomnio y la constitución y temperamento de cada individuo. Cuando hemos conseguido producir el sueño, disponemos que al despertar tome el enfermo un purgante salino (150 ó 200 gramos del agua minero-medicinal de Loeches, de Carabaña ó 30 gramos de sulfato de sosa ó de magnesia, en un vaso de 200 gramos de agua) recomendando que tome una alimentación sana en cantidad regular durante el día. Al siguiente, empezamos nuestro tratamiento especial contra el alcoholismo, cuya acción especial consiste en tonificar el sistema nervioso central y periférico, haciendo desaparecer, con prontitud relativa, las perturbaciones motoras, temblores, debilidad muscular, contracciones fibrilares y las sensitivas de pinchazos, anestesias é hiperestesias, en aquellos alcohólicos que se entregan á los excesos de las bebidas alcohólicas de tarde en tarde, y que sin ser alcohólicos crónicos, presentan esta sintomatología; y también en algunos individuos que desde la primera intoxica-

ción sufren esas mismas perturbaciones. Si la intoxicación ha sido primaria, si el enfermo no ha sufrido más que una perturbación funcional transitoria, al pasar la embriaguez queda su estado fisiológico sin más novedad que un ligero cansancio, mal gusto de boca, sed y poca aptitud para los trabajos mentales, y el efecto de las inyecciones se siente, dándole más actividad, más fuerza, mejor sabor de la boca y apetito en ocasiones voraz.

Si le ponen siete inyecciones hipodérmicas, cada una con un centímetro cúbico del líquido que por ahora llamaremos antienófilo (nombre con que le bautizamos hace tiempo y cuya composición, así como la de las píldoras también llamadas antienófilas, diremos más adelante) una cada día sin interrupción, guardando las debidas precauciones de asepsia, para evitar la formación de flemones. El sitio de preferencia para nosotros es en el brazo derecho ó izquierdo, por ser menos molesto, recomendando al enfermo, que esté en ayunas y no tome alimentos, hasta haber pasado una hora por lo menos de la inyección.

Desde la primera inyección, mandamos que tome una píldora antienófila mañana y tarde de las 30 que tiene la fórmula, recomendando mucho no dejen de tomarlas con regularidad, una cada doce horas, sin dejar día por medio.

Desde la segunda inyección en varios casos, á la tercera casi con seguridad y á la cuarta en todos los casos, el ebrioso siente una repugnancia marcada por el vino, aguardientes y licores, y si ha sido bebedor de cerveza también por ésta y hacemos esta advertencia, por haber observado en varios de los individuos sujetos á tratamiento, que es el líquido que menos repugnancia les causa, ó mejor dicho, el que mejor tolera el estómago, pudiendo en ocasiones contenerle sin vomitarlo, cuando venciendo la resistencia del ebrioso, podemos conseguir que beba una copita de cerveza amarga; nosotros creemos es debido á la acción sobre el estómago del lúpulo. Es inútil decir, que el estado general del individuo sujeto al tratamiento, es cada día mejor, hallándose dispuesto al trabajo, ó á sus ocupaciones habituales, contento y satisfecho al verse dueño de su voluntad y sin temor á que la vista de las bebidas alcohólicas le subyugue y arrastre á la borrachera, al estado de abyección y de ludibrio á que había sido arrastrado anteriormente.

A los treinta días, después de haber concluído las inyecciones del antienófilo, acostumbro á poner otra tanda de ellas igual á las primeras, en aquellos individuos que por haberse embriagado varias veces empleamos este exceso de precaución. Hemos visto en el curso de esta Memoria que hay muchas personas que sienten deseos de beber alco-

holes por herencia; recordemos el caso por nosotros citado, en que esta fatal herencia se dejó sentir en los hijos y nietos del alcohólico, designado con las iniciales J. M. Pues bien, en estos individuos hemos visto que nuestro tratamiento siempre ha triunfado, haciendo que sintieran repugnancia por las bebidas alcohólicas que antes habían deseado tanto. También hemos citado la forma de enagenación mental llamada dipsomanía de la que vamos á decir cuatro palabras.

Allí donde se presenta un individuo, que en cuanto tiene á su alcance vino, ó tiene dinero para proporcionárselo, se lo bebe, ú otro que hace lo mismo con el aguardiente, cerveza, ron ú otro licor que le agrada, y no afloja en su ingestion hasta que se le concluye ó rueda sin conocimiento por el suelo, víctima de su ídolo, y esto lo hace en ocasiones, aunque para satisfacer su deseo haya tenido que robarlo; allí existe un grupo de personas que para darse importanca y mostrar su ilustración en la materia, le designan con el nombre de dipsómano.

Este es un error y error craso, pues no es simplemente más que un vicioso, un borracho vulgar (digámoslo así), es un criminal, si para satisfacer su deseo, su vicio, ha tenido que robar aquel vino ó aquel aguardiente, bebiéndolo contra la voluntad de su dueño. Estos viciosos suelen tener gustos refinados sobre esta materia, y así vemos bebedores exclusivos de cerveza de marca determinada, que no se dignan probar siquiera la de otro fabricante ó la de otra clase. Otros que se embriagan exclusivamente con champagne; los hay que se gastan un capital en Jerez (sobre todo en el sexo femenino) y hasta los pobres y mendigos que se deleitan consumiendo el mísero peleón, que exigen para sus excesos baquícos, que este sepa á la pez ó que sea procedente de Arganda, Chinchon ó de otro pueblo cualquiera.

Por el contrario, en el dipsómano se observan largas ó más cortas temporadas en que se abstiene de beber vino ú alcohol ó lo bebe sin placer y en pequeñas cantidades, ó lo que es muy frecuente, le da repugnancia su olor, llegando en casos excepcionales hasta vomitarlo; pero en cambio en cuanto empieza á mostrarse inquieto, desazonado, triste, durmiendo poco ó con sueño intranquilo y con pesadillas, quejándose de sensación de peso en la región epigástrica, como si tuviera una barra de hierro encima del estómago (síntoma seguro), teniendo sed viva, entonces, ya no hay razón ni voluntad ni nada en el dipsómano; solo existe en él un deseo, el beber alcohol bajo cualquier forma, una idea fija y constante, la de procurar satisfacer este deseo, sea cualquiera el medio. Y no se conformará con poca ó mucha cantidad, sino que seguirá bebiendo hasta intoxicarse gravemente y no hará dis-

tinción entre el champagne y el peleón, ni preferirá el cognac al aguardiente, el alcohol amílico al etilico, sino que buscará simplemente alcohol, aunque esté mezclado con orines y esputos, según hacía el enfermo que mencionamos anteriormente. Después de la excitación viene la depresión, y el dipsómano, si á la par no es un vicioso de la clase primera, que hemos dicho, pasado el acceso maniaco generalmente se priva voluntariamente del alcohol transitoriamente, y hasta como hemos dicho más arriba, le da repugnancia hasta su olor en algunos de ellos. En el tratamiento de la primera clase de ebriosos (los viciosos), no modificamos en nada lo prescrito.

En el dipsómano, empezamos por exigir su ingreso en el Manicomio, en donde al tratamiento especial, añadimos un baño general diario de diez minutos de duración, á 34° C. de temperatura, con aplicación á la cabeza de paños empapados en agua á 24° C. de temperatura todo el tiempo que dura la administración de pildoras é inyecciones antienófilas. La hora del baño suele ser la de las once de la mañana. Cuando el dipsómano ha concluido este tratamiento especial, empezamos á administrarle los arsenicales, en dósis de una cucharada diaria de una solución de 6 centígramos de arseniato de sosa, en 200 gramos de agua destilada, habiendo obtenido felices resultados en lo que atañe á aborrecer el vino y licores, teniendo cuidado de repetir las inyecciones á los treinta días de haber terminado las primeras, suspendiendo mientras tanto los arsenicales.

Si la curación no se obtiene por haber sobrevenido síntomas de alcoholismo crónico, más adelante, al tratar de este, ya diremos su tratamiento, por más que siempre hemos conseguido que cambie la forma de manía, que avanzando puede llegar á la demencia ó á la parálisis general progresiva, como ya diremos también. Siendo partidarios de la división que Magnan hace del delirio alcohólico según su terminación, claro está que admitimos que existe un alcoholismo subagudo que es del que nos estamos ocupando en el tratamiento, en conjunto con el llamado agudo. En este grupo, á más de la dipsomanía, entran también la celomanía, el delirio de persecuciones, la kleptomanía y alguna otra forma, que obedeciendo á una ó repetidas intoxicaciones separadas por intervalos, no expresan más que trastornos funcionales transitorios que son susceptibles de curación, mientras no sobrevienen lesiones de los vasos ó del tejido cerebral intersticial que han de llevar al enfermo á la demencia por una degeneración grasosa ó ateromatosa de los vasos, ó á la parálisis general progresiva por inflamación del tejido cerebral, pues estas dos terminaciones inevitables del alcoholismo agudo ó sub-agudo, que no ha mejorado con el trata-

miento conveniente, pertenecen de derecho á la forma crónica del alcoholismo.

En el delirio de persecnciones, á más del tratamiento aconsejado para el dipsómano, acudimos á un aislamiento relativo del delirante, procurando que no comunique más que con el personal más indispensable á su tratamiento, obligándole á una ocupación material cualquiera, según su educación y constitución física; lo más general es hacerle cuidar de una porción de jardín ó transportar tierras, tiestos, plantas, etc., ó darle trabajo de carpintería, zapatería ó guarnicionería, recomendando mucho no le mienten sus alucinaciones más frecuentes, y además que cuando se le vea que busca (como hacen casi todos los delirantes de persecuciones) trapos, papeles y hasta hojas para taparse los oídos, le faciliten ó pongan á su alcance (si es posible sin que se aperciba el enfermo de la intención), algodón hidrófilo aséptico, y mejor todavía algodón impregnado con anticipación de una solución al 1 por 100 de cloruro de cocaina, que hemos observado calma en muchas ocasiones la hiperestesia del oído externo y medio. Si tratamos de un kleptómano, recordamos que se vigile cuidadosamente para oponerse á sus robos y raterías, quitándole siempre el producto de ellos, no olvidando, cada vez que se le sorprenda con las manos en la masa, el hacerle alguna reflexión, aunque sea breve, sobre la falta que comete, encargándole el coleccionar algún objeto, por ejemplo, corchos sellados con diferentes marcas, sellos, bastones, etc., para sustituir sus robos con ideas de adquisitividad legales y encaminadas á un fin determinado. Siempre recordamos con gusto este consejo que el doctor norteamericano Hammond da en su obra de *Enfermedades nerviosas y locura*, y que tan buenos resultados nos ha dado de su aplicación.

Cuando nos ocupamos de los efectos que produce el alcohol sobre el organismo humano, dijimos que existían licores convulsionantes, reconociendo esta propiedad al llamado ajenjo y algunos otros; pero en honor de la verdad hay escasísimos bebedores de ajenjo en nuestro país, ó por lo menos en nuestros Manicomios; durante veintidos años no ha ingresado ninguno, ni en nuestra clientela de fuera de estos establecimientos hemos sido llamados para ver ningún caso de absintismo, por lo cual no podemos indicar nada de particular sobre el tratamiento de esta variedad de alcoholismo, aunque cremos que nuestro tratamiento dará los mismos resultados que en las otras variedades, y mucho más si tenemos en cuenta que en los dos enfermos por nosotros citados, que siendo alcohólicos crónicos padecían ataques convulsivos epileptóideos, sin que hubieran probado

nunca los ajenjos, y en cuanto abusaban del aguardiente el uno y del vino el otro sufrían la convulsión, observamos que nuestras inyecciones antienófilas les hicieron el benefico de serles repugnante el aguardiente y vino.

CAPITULO III

CASOS CLÍNICOS

Primer caso.—H. R.—Es un individuo de unos treinta y seis años, alto, delgado, de temperamento linfático, de mediana ilustración; pertenece á una familia muy distinguida, no ha seguido carrera, habiendo concluido con poco aprovechamiento el grado de bachiller. En su familia no hay individuo alguno que haya padecido enagenación mental, ni en sus ascendientes más inmediatos epilepsia, histerismo ni alcoholismo. Poco á poco se fué aficionando á beber, en las comidas, primero, y fuera de ellas después, vino de mesa común, ó más bien del llamado de Valdepeñas, llegando á consumir cantidades grandes, dos litros varias veces al día, pero siempre de la misma clase de vino, á pesar de poderse proporcionar fácilmente vino de Jerez, de Málaga y hasta de Champagne en su casa, puesto que tenía una gran fortuna, y cosa especial, de esta clase de vinos finos bebía poca cantidad, y solo de clase más inferior, de Valdepeñas, hacía excesos (*porque le encontraba un gusto riquísimo).* A tales cantidades y tan repetidas sobrevino la embriagnez, dando espectáculos en la vía pública y sirviendo de sonrojo á sus honradísimos padres, que, deseosos de la curación de su hijo, acudieron á todos los razonamientos, á todas las reprensiones que les sugirió su cariño de padres, y viendo la inutilidad de los medios persuasivos, acudieron á los medios represivos, sin por eso conseguir la enmienda del ebrioso. Hacia mediados del 1889 sufrió el H. R. varios ataques de cólico nefrítico, lo suficiente dolorosos para que se impresionase fuertemente el ánimo de este señor, que temió morirse y pidió á su médico de cabecera tuviese una consulta conmigo para ver de curarle de sus cólicos nefríticos.

Antes de ver al enfermo y conversando largamente con su mamá y con su médico, los cuales me contaron los excesos alcohólicos del que íbamos á visitar; convinimos en que con pretexto de curarle los cólicos, le sujetaríamos á mi tramiento anti-alcohólico, pues si él sospechaba que el tratamiento era para quitarle el vicio de la embriaguez, seguramente no se dejaría medicinar. Pregunté con interés sobre sus antecedentes patológicos, resultando que solo había sufrido

el sarampión de niño y hacía unos ocho meses un ataque de reumatismo articular de unos treinta días de duración, que su madre achacaba á haberse quedado casi helado en una de sus borracheras en que se quedó tendido en una acera más de dos horas seguidas en una fría noche de Octubre. Preguntando al enfermo que molestias sentía y después de haberme expuesto todos los síntomas propios de los cólicos nefríticos, nos manifestó que le gustaba tanto el vino de Valdepeñas, que no sabía contenerse y abusaba de él hasta alegrarse algunas veces; pero que no quería de ningún modo tomar nada para quitarse ese vicio, que desaparecería cuando él lo quisiera formalmente, rogándonos le pusieramos tratamiento de más resultado que el conseguido hasta entonces, para curarle de los cólicos tan dolorosos que sufría.

Examinamos detenidamente al enfermo, el cual presentaba aspecto general de abatimiento con pereza é ineptitud para el trabajo físico y mental, mal gusto de boca y sed, poco apetito y algunas mañanas vómitos de un líquido claro y filamentoso, que el comparaba á la baba de caracoles, con gusto entre agrio y amargo, el pulso normal en su ritmo y bastante débil, sus funciones fisiológicas se hacían con regularidad, excepción de las perturbaciones del aparato génito urinario, propias de la litiasis renal, con impotencia relativa (tiene el vicio de masturbarse) y las que corresponden en el estómago, intestinos, esófago, laringe y faringe á un catarro ligero. Al prepararse un cigarro y encenderle, así como al fumar y empezar á hablar, le observamos ligero temblor de las manos y labios. La sensibilidad á la temperatura, era normal. La sensibilidad tactil estaba algo embotada resultando de la exploración estesiométrica, que al aplicarle las dos puntas del compás sobre la cara anterior de las piernas según el eje del miembro, hay que separarlas 10 centímetros para que perciba el contacto de las dos puntas, no observando más que la sensación de una sola punta si la distancia de separación es menor. Después de tapados los ojos con un pañuelo, le pinchamos ligeramente la piel con un alfiler y no señalaba con precisión con su dedo índice derecho el punto herido, no continuando más esta exploración por ser muy molesta al enfermo.

Se quejó también de dormir algunas noches poco y tener con frecuencia pesadillas, sintiendo á veces al acostarse picores en las nalgas y en las piernas. Dimos bastante importancia á la enfermedad que nos consultaba, y bajo pretexto de que el régimen higienico era indispensable para combatirla propusimos á este señor ocupase un hotel aislado y servido por Religiosos hospitalarios de San Juan de Dios, en Ciempozuelos, pues aunque no tratásemos de quitarle su vicio, sí deseábamos que bebiese un poco de vino nada más en las comidas, sin

cometer excesos que malograrian el tratamiento. En efecto, á los pocos días instalamos á H. R. en su hotel, servido por un religioso y un seglar á sus órdenes empezando por purgarle el primer día con 200 gramos del agua de Loeches, recomendamos una alimentación sana y mixta, predominando la leche, huevos y pescados, con prohibición de les embutidos y carnes ahumadas, bebíendo con profusión agua de seltz y fijando la cantidad de vino para cada comida en un vaso de 200 gramos (del tinto de Valedepeñas que tanto le gustaba). El día 7 de Junio á las siete de la mañana, le pusimos en el brazo derecho un centímetro cúbice del antienófilo con una jeringuilla de Pravatz, pasando el resto del día sin novedad alguna á excepción de sensación molesta de peso en la región epigástrica, después de la comida, que le duró cerca de dos horas y que alarmó un poco el enfermo, por creer le iba á repetir el cólico; la cena, que fué muy parca (un par huevos pasados por agua, pan, un vaso de vino y una taza de fusión de té), no le causó sensación de molestia alguna. Tomó una píldora antienófila por la máñana á las diez y otra por la noche al acostarse.

Por la noche durmió tres horas seguidas y otras tres con sueños cortos y con pesadilla, creyendo que las ratas, (de las que vió una grande en el jardinito del Hotel, por la tarde) querían morderle las orejas y los pies, se levantó muy temprano y vomitó una ragular cantidad de jugo gástrico ácido y bilioso. El día 5, á la misma hora que el día anterior, le pusimos otro centimetro cúbico del antíenófilo en el mismo brazo, unos 6 centímetros próximamente por debajo del punto señalado por la primera inyección; á la hora tomó el desayuno con apetito, saliendo á pasear al campo, de donde regresó fatigado y sudoroso, á pesar de no haber andado más que un kilómetro escaso, á lo largo de la vía férrea; el temblor de las manos era lo mismo, sin disminución; en cambio, no se le observaba en los labios temblor al fumar. Comió con buen apetito y bebió un vaso de vino, quejándose de que no era bueno y de que le sabía amargo y nauseabundo; le invitamos á que pidiese otra clase de vino é indicó el de Rioja; por la mañana y mostrándose alegre y más activo, leyendo el periódico del día, cosa que hacía muchos no había hecho. Tomó otras dos píldoras antienófilas á las horas de las primeras.

A la cena probó el vino de Rioja, que encontró de un gusto tan detestable que no consintió en seguir bebiendo; se acostó temprano, disfrutando de un sueño de cinco horas tranquilo y reparador, y sintiéndose con apetito, comió unas pastas á las tres de la madrugada, durmiendo después hasta las seis de la mañana del día seis, en que se levantó agil y dispuesto á pasear mucho; no sufrió más que ligeras

náuseas al rato de haberse levantado de la cama, desayunó con apetito después de haberle puesto el tercer centímetro cúbico del antienófilo, tomando al mismo tiempo una píldora y otra á las cuatro de la tarde (de las antienófilas), no le observamos más que muy ligero temblor cuando á nuestra presencia escribió una carta á su señora madre, dándola cuenta de su buen estado de salud.

Estuvo muy comunicativo y alegre, paseando mucho y apostando con sus acompañantes, á quien andaba más deprisa. En la comida, le indicamos tomase un poco de aguardiente anisado con una taza de infusión de té, y como había desechado el vino de la Rioja en la comida anterior, que volviese al Valdepeñas, también dispusimos le ofreciesen una copa de Jerez, y le recordasen diferentes vinos, teniendo la precaución de que siempre tuviese á su alcance vinos y licores, para probar si su vista y olor le excitaban sus deseos. Comió con apetito voraz, no pudo probar el vino ni el aguardiente, dando como razón el que le olian mal y excitaban sus náuseas, hasta el punto de tener seguridad de vomitar si lo bebía; haciéndonos cargos y reconvenciones porque sin duda le habíamos dado algo para aborrecer la bebida; nos disculpamos lo mejor que pudimos, asegurándole de que el tratamiento seguido era para combatir los cólicos nefríticos, y que quizás, y sin intención habría resultado este doble beneficio, aconsejándole que, puesto que el vino y los licores le eran repugnantes, se conformase y no contrariara á su naturaleza. Comprobamos su sensibilidad tactil y dolorífica, resultando estar casi restablecidas.

Desde entonces, continuamos poniéndole su inyección hipodérmica diaria hasta siete, con la administración de una píldora antienófila mañana y tarde, hasta tomar las 30 de la fórmula, sin fijarnos tan detenidamente en su observación, siguiendo mostrando la repugnancia á las bebidas alcohólicas, recobrando el vigor y tomando aspecto de salud inmejorable, no habiendo tenido tampoco molestias en el aparato génito-urinario, permaneciendo en el hotel dos meses largos, sujeto á una vigilancia disimulada, que la familia continuó por espacio de otros ocho meses, durante cuyo tiempo no ha vuelto á probar bebidas alcohólicas. A los treinta días de terminar las inyecciones, le pusimos otra tanda de siete sin hacer uso de las píldoras. Es inútil decir, que el beneficio fué agradecido por el Sr. H. R., que ya en su estado normal y fisiológico, pudo comprender el fin noble que su familia y nosotros nos propusimos al engañarle.

Segundo caso.—Dice un refrán español «que en donde menos se piensa salta la liebre», y así nos sucedió con el segundo caso clínico que vamos á relatar, referente á un ebrioso de los que llamamos vi-

ciosos. Habíamos tomado la precaución de poner una botella (de dos litros próximamente) llena de vino de Valdepeñas, en una mesilla del dormitorio que usaba el individuo alcohólico citado como primer caso clínico, con objeto de probar si aborrecía dicho líquido, y para evitar que reemplazase la cantidad bebida, en caso de que lo bebiese con agua clara y nos engañase, habíamos disuelto en el vino 30 centígramos de tártaro emético de lo cual era sabedor y cómplice el religioso que hacía de Jefe en el servicio del H. R. sin que tal cosa supiese el criado seglar que estaba á sus órdenes; tomamos también esta determinación por haber advertido una vez, que alguien había bebido vino de aquella botella antes de tomar esta medida, puesto que había menguado la cantidad de líquido.

Como era lógico pensar, nos hizo penosa impresión lo observado, por si nuestro enfermo había sido el que se bebió el vino que faltaba, máxime cuando al inquirir con cuidado si había sido él, este criado seglar nos había dicho que para él era indudable que el Sr. H. R. era el bebedor, á pesar de que en la mesa decía que le repugnaba. Pues bien, á la mañana siguiente de haber tomado esta medida, llamándonos la atención no ver como de costumbre el criado al lado del enfermo cuando íbamos á visitarle, preguntamos por él y nos dijo el religioso que no se había levantado todavía de la cama, por haber pasado mala noche á causa de un cólico; pasamos á verle á su dormitorio, en donde se notaba un olor infernal á vino ácido y substancias indigestas, que denunciaban al ladrón del vino que buscábamos; hay que advertir que, aunque criado seglar, estaba sujeto á un reglamento severo y casi conventual que no le permitía proporcionarse fácilmento vino, y que, sin duda, había tenido hasta entonces fuerza de voluntad bastante para disimular su vicio, pues después de cogido en este renuncio tan grande nos confió su vicio y nos pidió encarecidamente que le curásemos de él, pues se reconocía impotente para privarse del vino, y las borracheras que había tomado, en varias ocasiones habían sido causa después de perder un pequeño capital, de ser arrojado ya por dos veces de las casas en que había estado colocado como sirviente antes de ponerse al servicio de los religiosos. Es el J. F. hombre de unos cincuenta años de edad, célibe, oriundo de una ciudad de la provincia de Jaén, está regularmente conformado y no ha padecido más que ligeras perturbaciones en su salud, producidas por abusos en el régimen alimenticio. En su familia, según nos dice, no ha habido locos ni accidentados, dominando en general entre sus parientes la afición á las bebidas alcohólicas. Se había acostumbrado á las bebidas espirituosas por encontrarlas un gusto agradable, llegando al abuso de ellas de un

modo lento y reñido, pero una vez que sufrió la primera borrachera que él llamaba formal, yo perdió por completo la energía para luchar con su pasión entregándose sin resistencia á los excesos alcohólicos en cuanto encontraba ocasiones propicias para ello.

No sentía más molestias que las de dormir poco y ser su sueño agitado por pesadillas y la de tener escaso apetito, teniendo que tomar poca cantidad de alimentos de una vez, pues de lo contrario se ponía hiposo y molesto por unas horas. Después de sus excesos, sufría por las mañanas vómitos de un líquido claro y pegajoso, poco abundante. Su pulso un poco temblón se parecía al que presentan las personas de mucha edad. En éste, como en el caso anterior, le pusimos las inyecciones hipodérmicas antienófilas, tomando también 30 píldoras, no presentando de particular más que no haber podido vencer por completo el insomnio, hasta transcurrir cerca de cuarenta días, teniendo que recurrir á los baños generales tibios y al tanato de cannabina. Por lo demás obtuvimos un buen resultado, teniendo la satisfacción de verle ejercer su modesto empleo de camarero con honradez y regularidad remomendables, constándonos que no ha vuelto á probar las bebidas alcohólicas.

Observación tercera.—B. M. El mayor de los tres hijos varones habidos en su matrimonio por J. M. (citados en esta memoria, al hablar de la herencia alcohólica) es un jornalero de vigorosa complexión, hijo de un padre alcohólico, hermano de dos varones y una hembra alcohólicos y padre de dos hembras y tres varones, uno de los cuales, el mayor, de veintidos años de edad, ya se ha embriagado dos veces que nosotros sepamos. Desde niño ha presenciado escenas ebriosas, pudiendo decir que su casa ha sido siempre nido ó asilo de la borrachera. Destetado con pan y vino, acostumbrado á ver siempre el vino como bebida indispensable en la mesa de su padre y sintiéndose por otra parte inclinado á los abusos del aguardiente, bebida gustosísima para él, no tardó mucho tiempo en hacerse alcohólico, convirtiéndose en un holgazán y perdido que maltrataba á su mujer é hijos sin piedad, dando frecuentes escándalos en la vía pública, cuando arrastrado por su vicio sufría una nueva intoxicación alcohólica. Habiendo conseguido á fuerza de ruegos y súplicas de su familia y de amenazas por parte de las autoridades locales de formársele un expediente para encerrarle en un manicomio, que se sujetase á nuestro tratamiento antialcohólico, dimos principio á él, el día 10 de Marzo de 1896, teniendo que prometerle antes, que el efecto del tratamiento había de ser graduado de tal modo que no le privase de poder beber un poco de aguardiente por las mañanas en ayunas.

Los síntomas más notables de la intoxicación alcohólica que pudimos en él apreciar, se reducían al temblor ligero de las manos en los movimientos voluntarios, á la voz bronca, al poco apetito, á alguna debilidad, al insomnio incompleto y á su carácter agrio y colérico, así como á ser holgazán, cuando antes era activo, laborioso y de buen caracter. A la tercera inyección antienófila que le pusimos, habiendo tomado á la par 6 píldoras antienófilas, ya no pudo tomar más aguardiente ni vino, cuyo olor y sabor le repugnaban. Lo más notable de este caso clínico es que, después de un mes de abstinencia alcohólica (se negó á dejarse poner la segunda tanda de inyecciones antienófilas, que á ruego de su familia intentamos ponerle á los treinta días de las primeras), á la vista de unos compañeros suyos que bebían alegremente unas copas de vino en una taberna, quiso también acompañarlos en sus libaciones, tratando de beber un vaso del vino que le ofrecían, pero cuando se convenció de que no podía deglutirlo (tal era el asco que le daba), llorando de coraje, invitó á aquellos individuos á que se lo echasen valiéndose de un embudo, lo que en vía de broma ejecutaron, echándose boca arriba en el suelo para facilitarles el trabajo. La tentativa resultó perjudicial al B. M., pues después de haber vomitado lo ingerido, sintió frio, malestar, dolor de cabeza, fiebre de 38° c. de temperatura con 8 décimas, con sensación dolorosa al epigastrio, teniendo que guardar cama durante cinco días, hasta que terminó el catarro gástrico de tan mala manera adquirido.

Al año menos días, de las primeras inyecciones antienófilas, este bárbaro, pues así se le puede calificar, determinó volver á beber aguardiente, aunque tuviese que morir en la lucha, por preferir según decía vivir poco tiempo emborrachándose, á vivir muchos años sin poderlo hacer; y en efecto, despues de una corta lucha durante cinco días, entre su estómago rebelde á la ingestión del alcohol entre sus pliegues ó entre el miedo á sufrir una enfermedad como la que tuvo cuando por el embudo le echaron el vino, y su deseo, manifestado por algunos vómitos en las primeras tentativas, venció por último su voluntad decidida de beber el aguardiente, y no trascurrió otro mes sin que su pobre mujer llorosa, nos pidiese volviésemos á sujetar á su marido á nuestro tratamiento, á ello nos ofrecimos de buena voluntad, pero ante la negativa enérgica del ebrioso á dejarse tratar de nuevo tuvimos que conformarnos.

En este caso, expuesto con noble franqueza hasta el fin, no creemos que haya fracasado nuestro tratamiento; pues un año de abstención es bastante garantía de su bondad y las consideraciones á que da lugar son suficientes á dar más seguridades que no á quitarlas.

Observación cuarta.—J. B., de cuarenta años de edad, de temperamento nervioso, célibe, padeciendo un eczema herpético generalizado desde la edad de catorce años próximamente, dejándole libre la piel solamente en la cara y manos; su padre, durante su juventud, fué aficionado en exceso á las bebidas alcohólicas, pero hacía ya bastantes años que se había corregido de ese vicio; suponemos que espontáneamente, pues su hijo nos dijo que le habían echado en el vino un ratón sin que él lo viera y así se había quitado de beberlo para siempre. En el año 1894, á primeros de Marzo, acudió á nosotros para que le sujetáramos á nuestro tratamieuto anti-alcohólico (del que le habían hecho ponderaciones), pues si no le ayudábamos, comprendía no tener fuerza de voluntad para dejar de entregarse á los abusos alcohólicos, causa perenne de disgustos para él, como de perder su carrera ó empleo, advirtiéndonos que en ocasiones habían transcurrido hasta dos meses seguidos sin probar el vino ni los licores; pero que, en cambio había otras en que se sentía inquieto, desazonado, insomne y con la idea fija y constante de embriagarse, quedando cinco ó seis días después como atontado é incapaz de ocuparse de nada, permaneciendo echado en cualquier parte y sumido en tristeza é impotencia tan grande, que no tomaba alimentos si no había quien se los diera ó proporcionase, habiéndole ocurrido esto hace unos veinte días próximamente.

Observamos en este señor una constitución algo débil, un carácter vivo y pronto, muy afectivo y con un desarrollo intelectual más que mediano. En su infancia había pasado la escarlata y la viruela, y ya hombre algunos cólicos que él calificaba de biliosos, guardando alguna relación con los brotes ó exacerbaciones de la erupción que padecía. No se resentía de la sensibilidad ni de la motilidad presentando un aspecto saludable. Empezamos el día 12 del mes citado á ponerle las inyecciones y darle las píldoras antienófilas, sin purgarle antes por estar perfectamente reguladas sus funciones gastro-hepáticas y no prolongar un día más el tratamiento.

Hasta la quinta inyección no sintió la repugnancia por las bebidas alcohólicas, siguiendo después bién los diez días restantes que tardó en concluir las inyecciones y píldoras, marchándose enseguida á su pueblo.

Una semana después de su despedida, recibi una carta en la cual me pedía le mandase atguna medicina para poder consumir el vino en el Santo Sacrificio de la Misa, pues no pudiendo hacerlo asi, le era imposible seguir desempeñando su sagrado ministerio (era sacerdote) haciéndose público el hecho con grave escándalo de sus feligreses, poniéndole en evidencia ante sus superiores, ignorantes de su vicio.

Le contestó que no tuviese cuidado, que poco á poco podria educar su estómago á recibir el vino, aconsejándole que empezase á beber unas gotas diluidas en agua y enmascarase su olor con una gota de esencia de rosas ó de menta. En efecto, un mes después, recibí otra carta del mismo señor dándome las gracias y manifestándome que siguiendo mi consejo y después de bastantes dias de batalla, había conseguido tolerar el vino, siendo en pequeña cantidad y haciéndose violencia. Noticias posteriores que alcanzan al año 1901, me han confirmado su curacián asegurándome que no ha vuelto á embriagarse.

Observación quinta.—H. S. V. de treinta años de edad, casado, de estatura baja, delgado, color pálido, de aspecto abatido y triste, separado de su esposa de mutua conformidad, con un solo hijo que vivía al amparo de su madre. Habiendo sufrido gravísimos disgustos durante su matrimonio y deseando aturdirse para olvidar y sentír menos, se había entregado á la vida de vagancia de los ebriosos, buscando en nosotros, por consejo de su familia y con voluntad suya remedio á sus excesos alcohólicos. El día 17 de Enero del 1898, al presentarse en nuestra clinica, le examinamos con detención observando en su piel una erupción diagnosticada de sifilítica por un especialista de las enfermedades de la piel á quien habia consultado, presentada á los dos años próximamente de haberse cerrado un chancro indurado. En su familia no existen antecedentes hereditarios de enfermedades nerviosas y sí algunos de reumatismo. No apreciamos perturbaciones motoras; en la sensibilidad, presentaba de particular disminución tactil en todo el lado derecho, no pudiendo apreciar al tacto los caracteres de la superficie externa de los objetos cuando se le tapaban los ojos, equivocándose cuando al tocar una petaca de piel granujienta le preguntábamos qué objeto era el que tocaba, pues nos contestaba que una piel fina de un libro; y al hacer lo mismo con un sombrero de casco duro, que era una caja, sentía un dolor en forma de pinchazo fuerte y profundo; cuando le apretábamos las sienes, y al nivel de la espaldilla derecha, sentía, en un espacio de tres centímetros cuadrados próximamente, una frialdad grande, que comparaba con la que podría sentir á la aplicación en dicho sitio de una plancha de hielo.

En el antebrazo derecho existían tres puntos de á dos, tres y cuatro centímetros en cuadro próximamente, en los cuales no sentía dolor alguno al clavar en ellos dos finas agujas de que nos valíamos para hacer la exploración; estas placas anestésicas estaban diseminadas á lo largo del antebrazo sin orden alguno; la primera, inmediatamente colocada por bajo del pliegue articular de la sangría, era de tres

centímetros de extensión; la segunda, de á cuatro, en el borde radial y parte media del antebrazo, y la tercera, la más pequeña, junto á la muñeca, en la terminación del radio. Según se nos manifestó, el H. J. V. había tenido siempre un carácter alegre, activo y emprendedor, hasta que los disgustos experimentados después de casado le habían cambiado en un hombre irascible, perezoso y sumido en una tristeza muy próxima á la desesperación, siendo ésta la causa de sus excesos alcohólicos. La clase de la bebida le era, hasta cierto punto, indiferente, aunque la más usada por él era el cognac, por ser la que más fácilmente podía proporcionarse en su casa.

El sueño era natural, y según él, nunca había tenido pesadillas. Después de haberle purgado, empezamos el tratamiento, como en los casos anteriores, con una inyección hipodérmica del antienófilo cada día, y la administración de una píldora mañana y tarde, que desde el cuarto día produjeron la aversión á las bebidas alcohólicas, el retorno del apetito, con la animación y actividad física y mental de nuestro enfermo, aunque más retardada esta última, pues hasta los doce días no quiso escribir á su madre y hermano, pidiendo una novela en la que leyó cerca de dos horas, y se ocupó de sus gastos, lo que hasta entonces no había hecho. Las perturbaciones de la sensibilidad dérmica continuaron al concluir de tomar las píldoras, por lo cual le ordenamos tomar dos gránulos diarios de cloruro de oro de Adisson, con un baño general á 24° centígrados, de dos minutos cada día, hasta completar el número de diez, consiguiendo que el día 15 de Marzo recuperase la normalidad de todas sus funciones.

Deseoso de que no se alterase en nada la tranquilidad moral de este señor, evitando la repetición de los disgustos que motivaron al parecer sus excesos alcohólicos anteriores, aconsejamos á la familia y muy especialmente al H. J. V. que no se reuniese con su mujer y que se dedicase á cualquier ocupación. En efecto, así lo hizo y tuvimos la satisfacción de saber que había pasado un año sin que dicho señór probase siquiera el vino á las comidas. A los diez y ocho meses, menos unos días, volvió á presentarse en nuestra clínica el mismo señor acompañado de su hermano, á contarnos que nuevos disgustos conyugales, le habían impulsado hacía veinte días, primero á intentar el suicidio y después á beber alcohol (espíritu de vino puro) en gran cantidad; cuatro decilítros próximamente, que le había producido un delirio tremendo con gran congestión cerebral y síntomas de gastritis posteriores, no curados todavía por completo, por lo cual y alarmada la familia, acudían de nuevo á mí para que le sujetara al tratamiento anteriormente empleado. Exploramos con cuidado á esto

señor y no hallamos perturbaciones sensitivas ni motoras, en cambie en su aspecto y mirada algo tan sombrío que indicaba claramente su desesperación; le tuvimos tres días seguidos á dieta lactea y de huevos, bebiendo agua de zaragatona poco cargada alternando con el agua de seltz, y al día cuarto que se sintió sin molestias del estómago y aplacada la sed que antes le atormentaba, le pusimos por la tarde á las cuatro horas de haber comido, la primera inyección antienófila, dejando para el siguiente el empezar á tomar las dos píldoras antienófilas.

Nuestro enfermo, después del gran exceso cometido no había vuelto á beber líquido espirituoso alguno, y á la tercera inyección fué cuando contestando á las preguntas que á diario le hacíamos respecto á sentir la repugnancia al olor del alcohol y vino, nos dijo que ya la sentía. Un mes después había desaparecido el disgusto, despecho y desesperación que este señor sentía antes, volviendo al seno de su familia materna, y sosteniendo con su esposa, que también estaba con la suya y con su hijo, una correspondencia de tonos amigables nada más, y dedicándose él por su parte al comercio, en donde al poco tiempo recuperó su nota de hombre laborioso y honrado, con la que en el día continúa.

Observación sexta.—M. G. L., natural de un pueblecito de la provincia de Málaga, es un individuo de veinticinco años de edad, delgado, de temperamento nervioso y carácter franco y afectivo, ha seguido la carrera eclesiástica que abandonó cuando la tenía ya casi concluida tomando esta determinación, á la par que por separarse de su familia, por causas que nunca nos ha querido manifestar. Como es un joven bastante ilustrado y de aspecto muy simpático, encontró pronto colocación en una fábrica de electricidad para el alumbrado de una población de los Provincias Vascongadas, en donde á últimos del año 1901 tomó relaciones amorosas con una joven de posición muy desahogada, que, como verdadera coqueta, tenía por novio oficial á otro joven lugareño, záfio y mal educado pero rico, y al M. G. L. como novio reservado y nocturno... Sucedió lo que otras veces ha ocurrido, casándose con el záfio rico y despreciando al pobre é ilustrado, produciendo en el ánimo de éste un disgusto tan grande, que incapaz por su carácter y educación de pagarlo con su exnovia y su marido, la pegó con él mismo dándose á los excesos alcohólicos. Su consecuencia inmediata fué una intoxicación alcohólica repetida por dos veces nada más, pues en la segunda se encontró tan batallador y camorrista que insultó á su rival y hasta le pegó, portándose como un verdadero delirante, por lo cual y añadido á la influencia que su con-

trario tenía se le formó un expediente, de cuyas resultas y por causas que no creemos prudente puntualizar, vino á parar á este Manicomio de Ciempozuelos, de que soy director facultativo, el día 26 de Julio del año próximo pasado.

Este individuo, después de contarnos la historia que en extracto hemos narrado, y de confesarnos que lo que había hecho por aturdirse y olvidar se sentía arrastrado á volverlo á repetir en cuanto probaba el vino, nos suplicó le diéramos alguna medicina para aborrecer este liquido. El día 29 del mismo Julio empezamos á ponerle las inyecciones antienófilas con las píldoras, como en los casos anteriores, consiguiendo que se le hicieran repugnantes las bebidas alcohólicas, reponiéndose de carnes y de color, tomando un aspecto inmejorable de salud. Entabló correspondencia con su familia, y al ver que ésta le rechaza y ni siquiera le anima y proporciona consuelo moral, se ha puesto melancólico y deprimido, perdiendo las carnes y tomando un color pálido y enfermizo, por cuyo motivo nos hemos detenido en proponerle para el alta, siguiendo sin probar las bebidas alcohólicas, aunque le hemos probado de diferentes modos, teniendo siempre facilidad para beber vino si así lo hubiera querido al terminar el mes de Marzo del año actual.

Observación séptima.— J. C. M., casado, de treinta y cinco años de edad, natural de un pueblo de la Mancha, de un temperamento linfático-nervioso, hijo de labradores acomodados, de los cuales el padre tiene rarezas de carácter tan salientes, que para muchos de sus amigos más parecen manías; hombre que se lleva meses enteros encerrado en sus habitaciones sin querer recibir ni apenas hablar con nadie; una hermana es histérica convulsiva, tiene un hijo viviendo separado de su esposa desde hace más de un año. No se le observan perturbaciones de la sensibilidad, motilidad ni de sus facultades mentales; únicamente se le observa que está avergonzado y que huye por este motivo el trato con las personas de su clase que le pueden echar en cara su vicio.

Acudió á nosotros en demanda de remedio contra sus excesos alcohólicos el día 14 de Enero de 1895. Este señor, después de concluída la carrera de abogado, y una vez casado, empezó poco á poco á acostumbrarse á beber vino tinto del que elaboraban en grandísima cantidad en su casa, llegando á embriagarse en varias ocasiones, dando siempre palabra de enmendarse para no cumplirla. Habiéndole sujetado á nuestro tratamiento el día 16 del mismo Enero, después de de haberle purgado con el agua de Loeches el día anterior le pusimos las siete inyecciones antienófilas, dándole también las 30 píldoras co-

mo en las observaciones anteriores, obteniendo tambien el mismo resultado, le hicimos quedar á nuestra inspección hasta el 31 de Julio en que se volvió á su pueblo, siguiendo nosotros con interes su modo de proceder con respecto á las bebidas alcohólicas hasta fines del año 1896, en que sabiendo que continuaba abstenido de ellas, no hemos vuelto á saber de él más que de un modo indirecto y de tarde en tarde, siendo satisfactorias las pocas noticias que tenemos.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO

Hemos de dividir este en el más apropiado para combatir la intoxicación cronica que se manifiesta por las perturbaciones crónicas y estables, digámoslo así, de la motilídad, sensibilidad y facultades mentales, sobre todo cuando sobreviene el *delirium tremens* ó los de persecuciones, manía y melancolía crónicos y terminando constantemente en la demencia ó en la paráliis general progresiva, y en el más conveniente á la forma crónica con neuritis ó con cirrosis hepática de causa alcohólica, de que nos ocuparemos por separado ó en capítulo aparte.

Ya hemos presentado observaciones en que aparece la dipsomania y la hemi-anestesia histérica y hemos indicado en el tratamiento del alcohlismo agudo y sub-agudo lo más conveniente para combatir el delirio de persecuciones, la kleptomania y formas similares de causa alcohólica, creyendo que encajaban mejor en esa forma de alcoholismo que no en la crónica, puesto que solo las consideramos como perturbaciones funcionales, susceptibles de curación pronta, y aquí, al aparecer otra vez, parece que las repetimos y colocamos en las formas del alcoholismo crónico; pero realmente no es así, puesto que las consideramos como estados intermedios ó, por mejor decir, como grados primeros de la demencia y de la parálisis progresiva, que pertenecen realmente al alcoholismo crónico, y á nuestro parecer deberíamos designar aquellas de este modo: demencia ó parálisis progresiva de origen alcohólico, con delirio de persecuciones, de grandezas, etc., ó con manía, melancolía, etc.; hecha esta salvedad, continuemos nuestro trabajo.

Inútil sería que repitiéramos conceptos ya expresados, si la transcendencia del asunto no lo exigiese así y nos obligase á aconsejar otra vez, que si la creación de casas de salud especiales para el tratamiento del alcoholismo agudo son muy convenientes, se hacen indispensa-

bles para el del crónico, y debiera ser obligatoria la reclusión en ellas de los alcohólicos crónicos, no solo como base de tratamiento, sino como medio el más eficaz de evitar los crímenes y suicidios que viviendo en libertad han de cometer, y hasta poniendo trabas en determinados casos á la plena generación alcohólica (nos referimos á los alcohólicos que no presentan como tipo la impotencia genésica y que, por consiguiente, puedan procrear en libertad). Esta necesidad fué reconocida por el Congreso celebrado en Bruselas en el año 1881, al decidir que el alcohólico crónico que ha perdido en todo ó en parte el libre albedrío, puede ser, por parte de la requisición del ministerio público, requerido en todo ó en parte, y colocado en un establecimiento especial.

Lo esencial en el tratamiento del alcoholismo crónico consiste en cambiar las condiciones de vida del enfermo, haciendo que desaparezca su costumbre de beber alcohol, y para conseguir esto le ponemos en seguida las inyecciones antienófilas, y á la par le hacemos tomar las píldoras antienófilas, que siempre nos producen el beneficio de hacer repugnante al enfermo, por su olor y sabor, las bebidas alcohólicas, despertando á la par el apetito y tonificando el sistema nervioso central y periférico, con más especialidad el aparato locomotor; á los ocho días de haber puesto la última inyección antienófila, empezamos una segunda série de siete, sin tomar más píldoras, y con aquella conseguimos reforzar la acción de la primera, conservando el apetito no pudiendo beber alcohol y haciendo desaparecer el temblor, los calambres y pinchazos que siempre les molestan. Si, como sucede en algunos casos, el enfermo ha llegado á un estado de embrutecimiento completo, nada despierta con más prontitud su actividad mental, pudiendo dar cuenta de sus percepciones, que estas inyecciones.

En los casos, muy frecuentes, de astricción ó pereza intestinal, las mismas inyecciones, estimulando las fibras musculares de la capa muscular del intestino, hacen que se contraiga éste y cese su inercia, y cuando las durezas escrementicias contribuyen mecánicamente al estreñimiento, disponemos se pongan uno ó más enemas con 100 gramos de agua hervida y 20 ó 30 gramos de glicerina neutra.

El insomnio, más ó menos completo, le vencemos con un baño general tibio de un cuarto á media hora de duración, dado antes de acostarse el enfermo, ó, por mejor decir, seguido de la cena de éste, para enseguida acostarse. La prolongación del baño depende del grado de resistencia al sueño: si no bastase este medio, le reforzamos haciéndole tomar una píldora de 25 milígramos de tanato de cannabina, repetida á la hora si fuera preciso. La posición de la cabeza, con

relación al resto del cuerpo, no es indiferente para conciliar el sueño, pues hay casos (en los individuos en que hay sospecha de tener anemia ó debilidad en el riego sanguíneo del cerebro) en que el colocarla más baja, es un medio poderoso de producirle, y en otros, por el contrario (las personas que tienen aspecto de congestionadas del cerebro), el aumento de una almohada produce este beneficio.

Las pesadillas que tanto mortifican á estos desgraciados, con alucinaciones casi siempre al despertar de ellas, exigen una vigilancia nocturna especial, hecha por enfermeros prácticos é inteligentes, que intervengan en el momento preciso en que se aperciban de ellas para con suavidad y tacto, hacer que vuelvan en sí y despierten.

Tratemos ahora de los alcohólicos en quienes se observa el *delirium tremens*. Tenemos que distinguir el que el Dr. Magnan llama febril, del que sobreviene en el curso de otra enfermedad que accidentalmente sufre otro alcohólico, y cuya fiebre no depende del *delirium tremens*, sino de dicha enfermedad accidental, en cuyo curso no hizo explosión el delirio, y cuya causa, según opinión generalmente admitida, es la cesación brusca del uso del alcohol; así como también hay que distinguir de él el *delirium tremens*, que se acompaña de temblor en las extremidades y solamente con tremulación fibrilar escasísima, con gran agitación, frecuentes alucinaciones é ilusiones, sin fiebre y producido por excesos alcohólicos anteriores ó el uso diario de cantidades de alcohol, no muy grandes, ó muy pequeñas de alcohol de mala calidad y que estalla al consumir una cantidad mayor que las habituales. En el primero, que llama Magnan el febril, tiene como síntomas fijos la elevación de la fiebre, cuya temperatura avanza desde los 38°,5 c. hasta los 43° c. que en el período agónico se ha observado en algunos casos clínicos excepcionales.

El temblor que invade todos los músculos pequeños y grandes del cuerpo, dando un aspecto extraño y gesticulante, y la debilidad ó, por mejor decir, la resolución rápida de las fuerzas, pues el sudor abundante está en proporción del ejercicio muscular desplegado. En el *delirium tremens* que estalla en el curso de otra enfermedad, el temblor es parcial, la fiebre es la que la otra enfermedad determina, y las fuerzas no menguan, sino que obedecen á la influencia de la enfermedad intercurrente. En el tercero, que llamaremos no febril, según hemos dicho antes, aunque en realidad hay elevación de temperatura (38ª y 38, dos décimas), existen las perturbaciones de la sensibilidad y el temblor es menos generalizado que en el febril, invadiendo sólo grupos musculares que desaparecen si sobreviene el sueño, lo que no ocurre con el febril que persiste. Esta última clase de *delirium tre-*

mens, es el verdaderamente típico y el más frecuente, pues el febril es excepcional, por lo menos en nuestro país; nosotros hemos asistido pocos casos, y éstos desgraciados. Cuando nos hallamos en presencia de un *delirium tremens* que sobreviene en el curso de otra enfermedad, cediendo á lo que la clínica nos tiene enseñado, prescribimos una poción con alcohol absoluto en más ó menos cantidad, según la que antes de caer en cama tomase el enfermo, pero sin pasar de 30 gramos y casi siempre de 20 gramos, por dosis, administrando con cada dosi- tres centígramos de extracto de opio, que nunca repetimos más que dos veces. Si no cede el delirio, entonces acudo á la fórmula siguiente: hidrato de cloral, 6 gramos; cloruro mórfico, 2 centígramos; bro muro potásico, 4 gramos; agua destilada, 80 gramos; jarabe simple, 30 gramos. Una cucharada grande de hora en hora, las dos primeras diluídas en agua azucarada, ó mejor en un vasito de leche, me suelen bastar para calmar, para cesar el delirio y producir el sueño. Si la enfermedad accidental ha curado, entonces es cuando empleamos las inyecciones y píldoras antienófilas, consiguiendo que el enfermo aborrezca los alcoholes y se cure de sus hábitos funestos. En el *delirium tremens* no febril, la primera indicación que llenamos es la de evitar que el enfermo se haga daño, y para conseguir esto le ponemos la camisa de fuerza, procurando no comprimirle demasiado las paredes del pecho, evitando en lo posible las ligaduras que se opongan á la circulación de la sangre.

En los manicomios empleamos una especie de traje hecho de lona fuerte, todo en una pieza, y que se cierra por la parte de atras, quedando después de abrochado una abertura para que el delirante pueda orinar y defecar sin tener que aflojar el traje, resultando un vestido con mangas largas que permiten cruzar los brazos sobre el pecho y anudar las extremidades de las mangas en la parte superior, con trabillas en las extremidades del pantalón, que se oponen á que sea arrollada la tela hacia arriba. En los lados de las caderas van colocadas unas anillas para fijar el cuerpo á la cama si así conviene. En las hombreras van otras dos anillas para fijar los hombros, sin que haya que pasar por la cintura, pecho ni cuello atadura ninguna. Para beber le disponemos agua azucarada ligeramente, agua de seltz y un cocimiento de raíz de caña y grama con nitrato potásico al 1 por 100, para que beba en abundancia tan pronto de un líquido como de otro, favoreciendo la eliminación del alcohol por la orina.

Excusamos decir que, si como en el alcoholismo agudo dijimos, tenemos sospechas de que existe alcohol en el estómago, provocamos el vómito; lo mismo ejecutamos en la intoxicación crónica. Cuando en el

enfermo no observamos síntomas que indiquen lesión del centro circulatorio, empezamos, después de haberle colocado la camisa de fuerza, por atacar valientemente el delirio, valiéndonos de la misma fórmula de hidrato de cloral con bromuro y morfina, que antes hemos indicado.

Sí sospechamos lesión cardíaca (que es más frecuente que se cree), le ponemos una inyección hipodérmica con tres centígramos de extracto acuoso de ópio en un gramo de agua destilada (teniendo siempre cuidado de filtrar cuidadosamente esta solución, para purificarla de resíduos), inyección que repetimos cada cincuenta minutos, con observación, hasta vencer el delirio y agitación, no insistiendo en ellas cuando se observa que el extracto empieza á obrar como tónico.

No podemos aconsejar el empleo de la morfina en este caso, como algunos profesores aconsejan, porque este alcaloide tiene mucha menos acción sobre el delirio y agitación que el extracto de ópio, cosa bastante comprobada en nuestra práctica. La morfina en cambio, tiene una acción más intensa, más energica, que el extracto de ópio para combatir el síntoma dolor. En los *delirium tremens* (un caso he visto solamente), en que predominan las alucinaciones auditivas, hay vómitos muy frecuentes, las púpilas fuertemente contraidas, las conjuntivas inyectadas, la cara vultosa con repleción venosa apreciable, indicando un estado congestivo del cerebro de mucha intensidad; entonces asocio al bromuro y cloral la hyosciamina, años atrás, el cloruro de hyoscina desde hace algún tiempo, en vez de morfina, 3 milígramos de aquella en sustitución de los 2 centígramos de esta que marca la fórmula, y si fuera preciso llegar á la inyección hipodérmica, hacerla con medio milígramo del cloruro de hyoscina que, como la de morfina, repetimos cada cincuenta minutos con observación, por tratarse de un medicamento muy tóxico y energico. La sustitución de un medicamento por otro está basada en los síntomas de congestión, que el ópio podría activar más que la hyoscina.

En este *delirium tremens*, como en el delirio agudo alcohólico, conviene colocar al enfermo en una habitación ámplia, bien ventilada y situada fuera de los puntos de ruido y movimiento, siendo conveniente que esté á oscuras ó tenga una luz dulce y ténue, para no exacerbar las alucinaciones auditivas y vísuales. Los calambres y pinchazos que los enfermos expresan con los intentos de rasgar y despojarse de ropas, quedándose desnudos y lanzando gritos y exclamaciones de que les queman, que les retuercen etc, aunque mejoran con el anterior tratamiento, acostumbramos á tratarlos además con ligeras fricciones de lauro cloral.

El calor, que oscila entre 37° con 5 décimas y 38° con 4 y 5 décimas, desciende rápidamente lo mismo que el abundante sudor que inunda la piel del enfermo, en cuanto se calman los movimientos de esté. En cuanto se aplaca el enfermo, generalmente á las veinticuatro horas de haber empezado su tratamiento, le ponemos las inyecciones hipodérmicas antienófilas, que continuamos en los días siguientes sin interrupcción, tomando al mismo tiempo las píldoras antienóflas, suspendiendo los demás medicamentos y empleando solamente el baño general como medio de producir el sueño y de calmar su excitación si se presenta.

Tenemos la precaución de repetir otras siete inyecciones cuando ha concluido de tomar las pildoras antienófilas, que no volvemos á repetir. Siempre recomendamos que el enfermo lleve la piel caliente usando ropa interior de franela. Inútil es el advertir que hasta pasado un año debe ejercerse vigilancia exquisita sobre estos enfermos, no solo para oponerse á que beban los liquídos espirituosos, sino para volverles á poner las inyeeciones antienófilas á la menor sospecha, para renovar la repugnancia á estas bebidas.

En el curso del alcoholismo tanto agudo como crónico, pueden presentarse ataques epilépticos que continuarán repitiendo despues, si en el individuo existe predisposición hereditaria ó adquirida y en ese caso quedará comprendido su tratamiento en el de la epilepsia, pero si observamos que, como consecuencia inmediata de la intoxicación, la repetición de las convulsiones llega hasta el punto de ofrecer peligro para la vida del enfermo, acudimos entonces á harerle aspirar cinco ó seis gotas de nitrato de amilo vertidas en un pañuelo, y administrarle, si no ceden, una cucharada grande de hora en hora de la siguiente formula: antipirina, 2 gramos y medio, agua destilada, 80 gramos, jarabe simple, 20 gramos, M. e y d. e teniendo que recurrir á la sonda de goma que pasamos por la la nariz á la faringe, para poder ingerir el líquido en varios casos por no poder abrir la boca del enfermo unas veces y otras por su estado de inconsciencia. El *delirium tremens* febril, tal como le admite Magnan, es una intoxicación tan grave que pudiéramos considerarla como mortal en casi todos los casos; no obstante, como algunos clínicos admiten más frecuencia en su curación, y, aunque muy pocas, presentan algunas curaciones, vamos á exponer lo practicado por nosotros, teniendo presente lo aconsejado por los demás.

La gravedad mayor de este delirio está en la complicación medular que acompaña á la cerebral. y que nos da la razón de ese temblor muscular tan general, que no hay fibra que no se mueva. Si alguna

vez fuéramos llamados á socorrer á un alcohólico en el momento en que empieza á marcarse el descenso de la temperatura, las esperanzas de que nuestra intervención podría salvarle estarían más justificada que en lo que podría suceder en establecimientos como el que asiste el sabio Dr. Magnan, en donde hay enfermos alcohólicos que al ingresar lo hicieron con los síntomas generales de la intoxicación, y á los pocos días empezaron á marcar los ascensos de temperatura y agravación de síntomas que han de constituir el *delirium tremens* febril, pudiendo ser reconocidos con oportunidad; pero, por lo general, cuando somos llamados nosotros, el cuadro de los síntomas está completo y somos impotentes para el mal. Nuestra primera indicación es la de hacer vomitar al enfermo si su aliento huele á alcohol, y enseguida le ponemes una inyección hipodérmica de hora en hora de benzoato de cafeína y sosa (de á 3 decígramos por gramo de agua destilada) hasta el número de tres, alternando con otra de cloruro de hyoscina de á medio miligramo ó de hyosciamina si no hay de esta, en número de dos ó tres como máximum, si no hemos podido conseguir moderar el temblor y agitación. Le dejamos beber en abundancia agua sola y agua gaseosa de seltz; estimulamos la contracción intestinal por medio de enemas de infusión de manzanilla con 30 gramos de sulfato de magnesia, y si no conseguimos que defeque, le mandamos poner otro con media yema de huevo, cuatro gotas de aceite de crotontiglio y 100 gramos de agua. En el momento en que el enfermo está en condiciones favorables para hacerle tomar por la boca medicamentos, le ordenamos que tome un cocimiento de quina en diferentes dosis (media jicara cada cuatro horas), dándole leche, caldos concentrados y yemas de huevos, cada dos horas una de estas substancias alimenticias.

Por desgracia ya hemos dicho que lejos de moderar aumentan rápidamente la fiebre y ataxia, concluyendo brevemente al segundo, tercero ó cuarto día con la vida del enfermo; pero si así no fuera y sobreviniese el alivio, yo aconsejaría el emplear entonces las inyecciones hipodérmicas antienófilas que, sin duda, harían el mismo beneficio que en los demás casos del alcoholismo.

CAPITULO V

CASOS CLÍNICOS

Observación primera.—Alcoholismo crónico, perturbaciones sensitivas y motoras, delirium tremens, curación.—F. F., de veintinueve años de edad, alto, de buena constitución. Profesor de ciencias, casado y

separado de su mujer, sin hijos, de costumbres sobrias y morijeradas hasta los veinticinco años; en sus ascendientes y colaterales más próximos no hay ningún alcohólico ni neurósico. El día 10 de Diciembre de 1897 fuimos llamados para asistir en su domicilio á dicho señor, al cual hallamos en un estado tremendo de agitación y sujeto en un sillón por medio de sábanas retorcidas y correas. Completamente alucicinado, se exasperó á nuestra presencia tomándonos por el diablo que le quería estrangular, haciendo poderosos esfuerzos para soltarse de de sus ligaduras. Su cara tenía un aspecto de asombro y miedo especial, teniendo las conjuntivas inyectadas y los ojos brillantes con las pupilas contraídas. Todos sus miembros se hallaban invadidos de un temblor grandísimo, así como en la cara y en diferentes partes de su cuerpo, aplicando la mano, se notaban contracciones fibrilares; sudoroso y jadeante, con lengua seca y balbuciente, expresaba por gritos roncos sus terrores y alucinaciones. De vez en cuando, se le observaban sacudidas bruscas del cuerpo con contracciones enérgicas de los músculos de los brazos y las piernas, visibles en las pantorrillas, que estaban desnudas y á través de la camisa en los brazos. El pulso, 90 por minuto, aparecía duro y nervioso.

Empezamos por rogar á la familia y amigos que rodeaban al enfermo, tratando de calmarle y oponiéndose á sus esfuerzos para soltarse, que se retirasen á otra habitación, dispusieran la que había de ocupar el enfermo, preparando en ella una cama de hierro sòlida, y proporcionasen una camisa de fuerza de las condiciones que les marqué, y que eran iguales á las que ya antes hemos dicho usamos en los manicomios. Ordené una fórmula de hidrato de cloral, bromuro y morfina que ya hemos apuntado antes; una bebida diurética para aplacar la sed del delirante, y, mediante el auxilio de dos criados fuertes, procedimos, en cuanto se nos facilitó lo pedido, lo primero, á darle una cucharada grande de la solución calmante, para lo cual tuvimos que introducir una sonda de goma de un tamaño medio de las de Nelatón, por la nariz, y colocar en la extremidad libre de aquella un embudito de punta muy fina, por donde vertimos el líquido, que así pasó al esófago, valiéndonos de este medio por ser la actitud y contorsiones del delirante tan tremendas cuando tratamos de darle la cucharada por la boca que nos fué imposible por esa vía.

A continuación le soltamos las ligaduras, le colocamos la camisa de fuerza y le tendimos en la cama, y para evitar que se arrojase al suelo, se hiciese daño ó pudiese cometer alguna violencia, le sujetamos por las caderas y hombros á la cama, valiéndonos de unas correas pasadas por las anillas correspondientes á esas regiones que, como

dijimos, lleva esa clase de camisa de fuerza. A las seis de la tarde, hora en que concluímos de tomar estas medidas, tenía el enfermo 38° c. y una décima.

Dejamos al cuidado á los dos servidores recomendándoles mucho el mayor silencio y la luz tenue de una lamparilla de noche y nos retiramos para volver á la hora próximamente, encontrando al delirante lo mismo ó con mayor agitación y tremulación, seguían los terrores con los gritos, negándose á beber en absoluto, procurando morder á los que veía acercarse á él, se había orinado y defecado (probablemente de miedo), teniendo necesidad de limpiarle, repitiéndole antes la dosis de la solución calmante que aumentamos en media cucharada más, teniendo que valernos como antes de la sonda. Otra hora transcurrió con el mismo delirio y agitación por lo cual le dimos otra cucharada del calmante. No había transcurrido otra media hora, cuando se quedó dormido unos quince minutos, despertando dando gritos y con la misma furia y temblor anteriores, esperamos más tiempo y el enfermo, de nuevo, vencido por los medicamentos, se entregó á un sueño intranquilo que se prolongó tres horas, despertando con mènos agitación, menos temblor y sin un miedo tan exagerado como antes, le quitamos la sujeción de los hombros y alargamos las correas que sujetaban las caderas y pudimos conseguir que bebiera el cocimiento diurético. Le dejamos entregado á un delirio alucinatorio sí, pero sin violencia, rezaba y hablaba con su mujer en tono plañidero y suplicante, tratando de levantarse para acudir al llamamiento que creía oir. Así pasó la noche hasta la madrugada, en que volvió á dormirse hasta las ocho de la mañana del día 11.

A las diez de la misma, le volvimos á visitar, recibiéndonos con agrado y sin reconocernos; le ordenamos un poco de leche con café y cuatro bizcochos y que continuase tomando cada cuatro horas, una taza de caldo con una yema ó la leche con el café. Se dejó poner la primera inyección hipodérmica antienófila, tomando también la píldora.. El sudor había cedido, el temblor muy visible en las extremidades, en los labios y en la lengua que estaba húmeda y bastante rojiza, se quejaba de pinchazos y calambres. Su debilidad y rendimiento eran tan grandes, que, aunque le despojamos de toda clase de trabas y ligaduras, no podía moverse apenas en la cama, nos pidió que le dieran una copa de Jerez para tomar fuerzas, no accediendo á su deseo.

Seguían las alucinaciones auditivas pero más lejanas, hablándonos del muasoleo que iba á construir para enterrar á su mujer que después de muerta conversaba con él asegurándole le quería mucho. Acon-

sejamos el reposo, silencio y aislamiento continuado de amigos y familia. A las siete de aquél mismo día le volvimos á visitar, encontrándole sentado ó medio incorporado en la cama, pidiendo le vistiesen para salir á hablar con el Gobernador y pedirle protección contra los pillos que de él hacían burla. Le pudimos reducir con engaños y en vista de que durante el día no había dormido nada y no se le observaba propensión al sueño, le ordenamos un baño general tibio de ocho minutos de duración solamente y que tomase la segunda píldora antienófila. Disfrutó de una noche relativamente buena, durmiendo de nueve á la una de la madrugada, despertando alucinado y gritando que unos gatos le mordían y arañaban las piernas, tardando cerca de una hora sin tranquilizarse y sin volver á dormirse hasta las cuatro del mismo día 12, durándole esse sueño hasta las siete.

A las once de la mañana le visitamos, pidiéndonos de comer, pues sentía hambre, dándonos palabra de seguir nuestros consejos. Le pusimos la segunda inyección, siguiendo tomando las píldoras. Le observamos mejorado del temblor y con más fuerzas, pidiendo ver á su familia; en efecto, á nuestra presencia recibió á su madre, sin que mentase para nada lo pasado, mostrándose poco afectado, y, en cambio, exigente è imperioso para con la pobre señora, pudiendo decir, que desde ese momento, ya no nos dió guerra alguna en el resto del tratamiento. Siguió poco más de un mes oyendo de vez en cuando la voz de su mujer, persistiendo en la idea de la muerte. Sufrió lo menos dos septenarios las pesadillas en el sueño, recuperando por completo su razón y su salud. El efecto de las píldoras antienófilas, que tomó en el nùmero aconsejado, se dejó sentir como en los casos relatados antes, y siempre que quisimos insistir en que bebiese vino ó cognac lo rehusó, diciéndonos que olían y sabían muy mal. Seguimos con cuidado la conducta de este señor, que, dedicado por completo á la enseñanza desde el mes de Febrero, ha seguido una vida metódica e higiénica, viviendo separado de su esposa, culpable, según él, de sus excesos alcohólicos, por su carácter díscolo y propenso á armar escándalos, con los que sufría tales disgustos, que no encontraba para olvidarlos mejor medio que embriagarse. A mediados de Julio salió de la capital á un puerto de mar, en donde permaneció hasta primeros de Septiembre, que regresó á la corte, y al visitarnos nos contó que había probado á beber sidra espumosa que le habían ofrecido repetidas veces en Asturias, después de las comidas, ponderándole mucho sus buenos efectos digestivos, y que, sin excitar sus deseos alcohólicos antiguos, la había tolerado perfectamente su estómago, consultándonos sobre la conveniencia de

seguir ó no bebiéndola. Nuestro consejo no fué dudoso, que no volviese á probarla y que se sujetase á otra tanda de inyecciones y píldoras antienófilas, como así lo hizo, continuando sin novedad hasta la fecha.

Observación segunda.—Intoxicación crónica por el alcohol, con alucinaciones auditivas, visuales y perturbaciones de la sensibilidad general con delirium tremens no febril.—A. G,, soltero, de cuarenta años de edad, rico propietario de una de nuestras ciudades más productoras de vino. En sus ascendientes y colaterales, hay seis ebriosos, no hay noticias de haber estado enfermo hasta la fecha, 20 de Mayo de 1888, en que nos hacemos cargo de este señor, para curarle su alcoholismo. Desde hace muchos años, pero especialmente desde los seis meses últimos se halla entregado á los excesos del vino común ó tinto,

Olvidado por completo de las conveniencias sociales y de su dignidad de hombre, el A. G., que había obtenido su título de abogado con notas buenas en los exámenes, y disponiendo de extensos viñedos, con un buen capital en metálico, después de mal vender la mayor parte de sus bienes é indisponerse con sus dos hermanos, se entregó sin freno ni medida á la bebida, embriagándose diariamente, teniendo por casa la taberna y por lecho, generalmente, el duro suelo de las calles y plazas de su ciudad, siendo apedreado y mofado por los chicuelos y granujas de la misma, que le apellidaban el *abuelo* por la actitud inclinada de su cuerpo y el arrastramiento penoso de sus delgadas y temblorosas piernas, amen de su marcha vacilante y en zig zag. Sus hermanos, compadecidos de él, y para librarse del sonrojo que su presencia y actos les causaban, de común acuerdo, y con el beneplácito de la autoridad, le cogieron é instalaron en una casa de campo en las cercanías de nuestra residencia, encargándonos de su asistencia y curación, si era posible, el día 20 antes citado.

Representa tener unos sesenta años, demacrado, de color moreno, pálido, aspecto marcado de embrutecimiento, trémulo en alto grado, apenas se puede tener en pie, y para andar se apoya en grueso bastón. No saluda y huye de todo trato y comunicación; no puede escribir ni llevarse la comida líquida á la boca sin verterla, manchándose la ropa; habla solo, contestando á las voces que cree oir, y que le llaman *borracho, cochino*; hay veces que se arrodilla, besa el suelo y cae de bruces, teniendo que levantarle, pues él solo no puede hacerlo.

Apenas ha comido, bebiendo con ansiedad un poco de vino aguado, poniéndose agitado y furioso con el criado que le servía á la mesa porque no le daba más cantidad, rompiendo los platos y concluyendo por derribar en sus esfuerzos la mesita de servicio que tenía delante.

Al aproximarse la noche, ha aumentado su agitación, tremulación y delirio, siendo víctima de alucinaciones visuales terroríficas, asustándose por las voces y gritos que á su alrededor cree oir. Se esconde debajo de la cama, de donde hay que sacarle arrastrando. El pulso, más frecuente por la mañana, marca 80 pulsaciones por minuto. La temperatura llega á 37° con 8 décimas, y la respiración anhelosa y jedeante; su cuerpo se cubre de sudor abundante, vomita parte de los alimentos ingeridos. Al luchar con él para sacarle de debajo de la cama se ha ensuciado y orinado en sus ropas. Con un movimiento incesante de las dos manos procura quitarse las ropas y hace ademanes como si quisiera desprenderse insectos de la cara y cuero cabelludo, oyéndole repetir muchas veces la palabra piojos.

En vista de su estado de agitación temblorosa y de querer agredir á los criados, le mandamos sujetar solamente las manos y los pies con lienzos fuertes, pues tiene muy pocas fuerzas y no necesita la sujeción de la camisa de fuerza, ordenando se le administre una cucharada grande de la solución de hidrato de cloral, bromuro potásico y morfina, ya sabida, teniendo que violentarle para ello, abriéndole á la fuerza la boca, aprovechándonos para ello del mal estado de sus dientes y los claros que su caída le había dejado, consiguiendo hacerle tragar la medicina.

A las ocho de la misma noche se le dió otra cucharada de la bebida, consiguiendo que se apaciguase su agitación sin conciliar el sueño. Desaparece el aspecto de terror del enfermo, pero continúa alucinado y sin cesar de barbotar palabras sin hilación. Aparecen en cambio sacudidas de todo el cuerpo, que le duran más de veinte minutos, y un movimiento espasmódico de la garganta como el que se ejecuta al tragar el bolo alimenticio, este movimiento no persiste más allá de unos diez minutos. En este éstado continúa toda la noche, sin atrevernos á darle más tomas de la solución calmante al observar que su pulso está más débil y su estado general es muy deplorable. Le disponemos un caldo concentrado con una yema de huevo disuelta en él, una copita de leche cada tres horas con una cucharadita de kola granulada, disuelta en dos cucharadas de vino de Jerez, que va tomando sin hacer oposición desde las ocho de la mañana del día siguiente ó 21, dejándole sujeto en la cama.

Transcurre el día en el mismo estado, orinándose y defecando en la cama y al aproximarse la noche, se le observa aumento de excitación, más temblor y más alucinaciones con el mismo terror de la noche anterior. La temperatura no asciende más que á los 37° en la axila y el sudor se presenta no muy copioso. El pulso oscila entre los 80 y 85 al

minuto. La respiración parece entrecortada, presentándose de nuevo las sacudidas convulsivas del cuerpo, sin el movimiento de deglución espasmódico. Se niega á tragar nada, volvemos á darle á la fuerza, una tras otra, hasta tres cucharadas de la solución bromurada, consiguiendo que el enfermo se duerma cerca de las once de la noche con un sueño pesado, clorofórmico, sin despertar hasta las cuatro de la mañana del día 22, en que lo hace abobado y atontado. Ha cesado mucho el temblor, el pulso ha descendido á 60 por minuto y la temperatura axilar no llega más que á 36° con dos décimas. Se le observa algo de apetito, tomando con gusto el alimento, por lo que ordeno se le dé cada seis horas una sopa con un par de huevos, unas pastas y una copa de Jerez.

El enfermo apenas presta atención á lo que decimos, permaneciendo silencioso é indiferente, pidiendo de tarde en tarde vino, con voz ronca, toma actitudes que indican alucinaciones auditivas y no cesa de rascarse ó restregarse la cabeza con las almohadas como si tuviera picores molestos. Procedemos á ponerle la primera inyección y darle la primera píldora antienófila. Ha pasado el día echado y libre de toda sujeción, tomando su alimentación con apetito regular, evacuando el vientre una vez, bajándose de la cama para ponerse á defecar en el suelo, á pesar de tener el vaso de noche á la mano, y sin poderlo evitar el criado que á su cuidado se hallaba, por cogerle desprevenida la acción; lo mismo ha querido hacer al orinar, pero, ya prevenido, el sirviente lo ha podido evitar.

No se le ha observado aumento de excitación al anochecer, por lo cual renunciamos á emplear la solución bromurada, y para su limpieza, y favorecer el sueño, le disponemos un baño general con agua á 36° centígrados de veinte minutos de duración, que ha tomado con tranquilidad y que le ha proporcionado un sueño de tres horas seguidas, (de ocho á once) pasando el resto hasta la madrugada, despierto y alucinado, pero sin violencia ni aumento de temblor. Desde las cinco y media hasta las siete de la mañana del día 23 ha dormido tranquilamente, levantándose á orinar en el vaso de noche. Le hemos puesto la segunda inyección y dado seis píldoras, observándole durante todo el día más despejado, pidiendo por dos veces su alimento y agua otras varias, teniendo más fuerza y seguridad de sus movimientos, no quejándose de nada; habla solo como en el día anterior; quedándose parado y atento á voces que sigue oyendo como antes. Ha tomado el baño general á las seis de la tarde, durmiendo cuatro horas con dos intervalos. El día 24 seguimos el mismo método, con la variante de haber aumentado la alimentación con dos chuletas de carnero, que ha comido con apetito, mandándole vestir y pasear un poco por el patio de la

casa. Presta más atención cuando le preguntamos alguna cosa. Le hemos sustituído la copa de Jerez con otra de vino común, y, sin dar señales de haber notado el cambio, se la ha bebido. La noche, después de haber tomado el baño de treinta minutos de duración, ha sido más favorable, pues ha dormido de ocho á doce sin interrupción, y al despertar y tomar alimento ha vuelto á dormir otras dos horas. Se ha levantado solo al amanecer.

El día 25 ya ha tenido repugnancia por el vino, dando sólo un sorbo de la copa, no volviéndole á probar. Durante la noche, que ha sido parecida á la anterior, ha presentado de particular el despertar á las dos de la madrugada, con un terror tan profundo, que alarmados los criados que le cuidan nos han avisadó, encontrando, por fortuna, al enfermo ya tranquilo cuando acudimos á verle. Se le conocen por momentos los progresos que hace en su curación, en el aspecto, fuerzas y despejo mental. Al día siguiente, 26, nos dice su filiación, y al preguntarle si quiere vino, nos contesta que no, que le sabe mal. Le invitamos á que escriba su nombre, y, aunque muy trémulo todavía, se puede leer con un poco de atención que se preste.

Al terminar la primera tanda de píldoras antienófilas, podemos decir que parece otro hombré distinto. Cuando han venido sus hermanos á visitarle, los ha recibido con agrado. Le hemos puesto otra serie de inyecciones antienófilas, dándole por las tardes el baño tibio cada vez de mayor duración. Ha engordado, tomando aspecto de salud, y sus alucinaciones, aunque continúan, son muy tardías, y no hacen apenas impresión á nuestro enfermo. A los treinta y dos días de empezado el tratamiento, dejamos de medicinarle, confiando en que otro mes más de cuidados higiénicos bastaría para completar la curación. Así sucede en efecto: las alucinaciones han desaparecido por completo, la motilidad y sensibilidad aparecen normales, fuera de un ligero temblor de los dedos en los movimientos voluntarios, sus facultades mentales funcionan bien, lo que sí le observamos es poca actividad para el trabajo ó, por mejor decir, poca espontaneidad, pues cuando se le ordena ó dá ocupación, obedece y trabaja. Dicho señor A. G. ha sido después sóbrio, y las noticias que de él hemos tenido hasta hace poco tiempo, han sido satisfactorias, respecto á sus antiguos hábitos, no habiendo vuelto á probar el vino.

Observación tercera.—S. R. H., natural de Serón, de la provincia de Soria, casado, de 59 años de edad, empleado en el comercio, tiene una hija loca, se ha portado siempre como un hombre bueno, pero con aficiones alcohólicas, elevadas en estos últimos años á excesos terminados en borracheras casi todos los días de fiesta. El día 27 de Mayo

de 1897, ingresó en el Manicomio de Ciempozuelos. Es de regular estatura, buena complexión, no ha pasado enfermedades formales y sí molestias con perturbaciones gástricas, tales como vómitos por las mañanas al levantarse de la cama, pirosis y poco apetito. También tiene hemorroides algo fluentes; se muestra sombrío, sin querèr conversar con nadie; acusa á su mujer (anciana de sesenta y seis años) de infidelidades continuas con varios individuos, á quienes conoce por oler á brea (hay que advertir que lleva continuamente en la boca un cigarro puro figurado, de los que llevan un depósito de brea, para respirar y gustar este medicamento, moderando ó quitando de este modo el vicio de fumar á los catarrosos). Oye á los amantes de su mujer pronunciar injurias contra él, ó dirigir requiebros á aquélla. Ha tomado aversión á otro pensionista, á quien ha visto por primera vez en el Manicomio, por empeñarse en que le ha visto en su casa de Vallecas cuando le sorprendió con su esposa, huyendo después por una ventana; si no fuera por los enfermeros seguramente hubiera pegado á este pensionista diferentes veces, á pesar de que no se mete con nadie este enfermo. La primera vez que la esposa del Sr. S. R. H. le ha visitado en el establecimiento, después de olerla por todas partes y creer que olía á brea, se ha puesto agitadísimo y furioso, insultándola y diciéndola que la prueba de su adulterio estaba en el olor al medicamento dicho, de que la había impregnado su amante, detestable tísico que, tanta brea tomaba, que á todo lo que se aproximaba lo contagiaba con ese olor, y, en efecto, el pobre hombre casi tenía razón si hubiera podido considerar qué él era el que olía y era él que la contagiaba al acercarse á ella. El señor S. R. H. se halla agitadísimo por un temblor continuo muy parecido al de la parálisis agitante, por su intensidad, con contraciones fibrilares en muchos músculos, más visibles en los labios y lengua, siendo su lenguaje un poco borroso, dejando escapar la saliva al hablar, y salpicando de ella al que se pone de cerca á hablar con él. Se queja de pinchazos en todo su cuerpo, y de picores que cree producidos por insectos que pululan por su cuerpo y ropas de las cuales se quiere despojar continuamente.

Anda despacio, arrastrando los pies, cayéndose al menor obstáculo que encuentra en su camino. Pasa las noches muy mal, no solo por la falta de sueño, sino por la mayor actividad de sus alucinaciones que le ponen en un grado de agitación terrible. El solo ha metido más ruido que los demás alienados de su sección en la primera noche que ha pasado en el Manicomio; tan pronto suplicante, lloroso, como insultador agresivo; giran sus ideas alrededor de la creencia de que su mujer le falta y deshonra de continuo. Su sensibilidad perturbada al

mismo tiempo que le produce los picores que él achaca à los insectos, se embota para el dolor, permitiéndole arrancarse los pelos del bigote sin extremecimiento alguno, así como arrancarse con las uñas trocitos de la piel de los dedos, palma y dorso de la mano, sin apercibirse de ello. Su sed es insaciable y su apetito tan escaso que hay que amenazarle con darle los alimentos líquidos por la sonda esofágica de Debove, para conseguir coma un poco. El día 28 del citado Mayo, empezamos el tratamiento por darle un purgante salino y prescribirle un baño general de agua á 37° c. de veinte minutos de duración, á las ocho de la noche, sin conseguir por eso que durmiera.

El día 29, se le empezaron á poner las inyecciones y á darle las píldoras antienófilas, que elevaron las fuerzas de nuestro enfermo, despertaron el apetito y disminuyeron su temblor general, produciendo la repugnancia á la ingestión de alcoholes, desde la tercera inyección, repugnancia tan extremada en los primeros días, que llegó una vez á vomitar por beber agua en un vaso que habia servido antes para contener vino y no se había enjuagado. El insomnio muy rebelde, fué vencido con el empleo del baño tibio de cuarenta minutos de duración y 25 milígramos de tannato de cannabina que le dimos en una píldora. No obstante, siempre le costó trabajo el coger el sueño y nunca pasó este de unas cuatro horas cada noche. Cedieron las alucinaciones por completo á los dos meses próximamente, pero los celos y desconfianza de su pobre mujer, aunque más mitigados, persistieron hasta primeros de Agosto del mismo año. Las inyecciones antienófilas las repetimos al concluir de tomar las píldoras que no creemos prudente repetir. El día 29 de Agosto, salió del Manicomio, sin que hubiera vuelto á beber bebidas espirituosas, falleciendo á principios del año 1901, según informes que creemos verídicos á consecuencia de una pulmonía.

Observación cuarta.—Alcoholismo crónico con deliriums tremens.—Curación.—El día 28 de Marzo de 1897, fuímos llamados en consulta al inmediato pueblo de C... para, en compañía de dos de los médicos titulares del mismo, indicar el tratamiento más conveniente para combatir el delirio que el vecino de la misma población J. S. S. padecía. Grave impresión nos causó el estado de este señor, que maniatado y sujeto fuertemente á la cama por recias ligaduras se debatía víctima de sus alucinaciones, tratando de morder á todo el que intentaba limpiarle el sudor que corría por su cara ó darle alguna cosa.

Es el J. S. S., un individuo alto, de recia complexión, de facciones regulares, siendo un poco torpe de oidos, á consecuencia de un catarro que padeció en años anteriores; se dedicaba á la construcción de

tinajas, abusando mucho del vino y del aguardiente, como alguno de los de su mismo oficio. El día 26 había bebido una gran cantidad de aguardiente, perturbándose sus facultades mentales; se llevó la mayor parte de ese día de una autoridad á otra dando parte de que unos marchantes (á quiénes conocía sólo de pasar á su lado, yendo por la carretera que de su pueblo va á Madrid) le perseguían tratando de robarle y asesinarle, no comió nada y por la noche había vuelte á beber otro vasito de aguardiente, que hizo estallar un delirio furioso, acompañado de gran tremulación, impulsado por el cual, completamente alucinado, había cometido varias agresiones, hiriendo de alguna consideración en la cabeza á uno de los serenos que acudió en auxilio de su pobre mujer, aterrorizada al verle en aquél estado. Acorralado como una fiera, había sucumbido al número de sujetadores, que le ataron y echaron en la cama en donde pasó en aquella situación hasta el momento de nuestra visita.

Empezamos por aflojar sus ligaduras, (pues una de las cuerdas había profundizado algunas líneas en las carnes del brazo izquierdo) que luego sustituímos con la camisa de fuerza, le mandamos limpiar y asear, pues se había defecado y orinado en la cama y le administramos por nuestra propia mano una cucharada de la solución siguiente: hidrato de cloral, 6 gramos; bromuro potásico, 4 gramos; cloruro mórfico, 2 centígramos; agua destilada, 80 gramos; jarabe simple, 30 gramos; M.° y d." s. a. (Hay que tener presente que á mí me tomó por algún santo ó protector suyo, sin duda, al sentir el beneficio de no tener las ligaduras).

Tuvimos que repetir la cucharada, consiguiendo que se tranquilizase algún tanto, no siendo tan fuerte su temblor y menos vivas las alucinaciones. Le ordenamos la tercera cucharada que hubo necesidad de dársela á la fuerza, pues, por uno de esos cambios tan repentinos en estos enfermos, nos miró también con terror cuando fuimos á darle la medicina.

Hasta las cuatro de la tarde no concilió el sueño, que, aunque sólo de dos horas de duración le alivió muchísimo, hasta el punto de poderle quitar la camisa de fuerza y, con todo género de precauciones y tendido soble un colchón, ser trasladado desde su casa, en un carro, á nuestro Manicomio, en donde ingresó aquella noche que pasó delirante y en semisomnolencia intermitente, tomando con mucho trabajo dos caldos con dos yemas de huevo y bastante cantidad de agua azucarada.

El día 29 por la mañana dimos principio á nuestro tratamiento. El enfermo, receloso y melancólico, apenas habla, trascurriendo el día observando lo que pasa á su alrededor, tratando de esconderse y pa-

sar desapercibido. Sigue trémulo y alucinado, resistiéndose á comer á pesar de los ruegos y engaños de que se valen los enfermeros para conseguirlo, habla y gesticula solo, indicando en sus actitudes y palabras que oye insultos y vé á gentes que tratan de hacerle mal. A beneficio de un baño templado y de 30 miligramos de tannato de cannabina, ha dormido cerca de cinco horas, despertando más comunicativo y tomando alimento con alguna avidez; ha pedido vino que le hemos negado. El día 30, después de ponerle la inyección, se ha vestido sin querer abandonar el dormitorio; ha comido con apetito, y parece más comunicativo, ha ofrecido un duro á un enfermero si le llevaba una botella de aguardiente. Para no ser pesados, resumiremos, haciendo constar que desde la quinta inyección se le observó la repugnancia á las bebidas alcohólicas y que se restableció la normalidad de sus funciones á los dos meses de empezar el tratamiento de su alcoholismo, saliendo del Manicomio á mediados de Abril, pues aunque todavía sufría algunas alucinaciones, éstas tenían poca intensidad y no se metía con nadie, no pudiendo el cariño extremado que su esposa le tenía, aguantar más tiempo de separación.

Le hemos puesto á los seis meses de las primeras, otra tanda de inyecciones antienófilas, no por necesidad sino por haberlo pedido así la familia. Nuestras noticias hasta la fecha son satisfactorias.

Observación quinta.—Alcoholismo crónico con manía de robar.— R. V., de veinticinco años de edad, soltero, temperamento nervioso; ha empezado diferentes carreras sin concluir ninguna; pertenece á una familia muy distinguida. Jugador, libertino, ha padecido sífilis. Aficionado á toda clase de espíritus, embriagándose con frecuencia; se ha envejecido y debilitado, observándole que está trémulo y casi convulso, con pinchazos, calambres, poco apetito y alucinaciones frecuentes; un último exceso alcohólico, que dió lugar á un fuerte ataque de *delirium tremens*, le condujo á los pocos días al Manicomio, en donde ingresó á primeros de Diciembre de 1898, en el estado antes dicho.

Sujeto al tratamiento especial, le observamos la repugnancia al alcohol, desde la tercera inyección hipodérmica antienófila, no presensentando este enfermo nada notable que referir; excepto de la aparición del deseo de apoderarse de todo aquello que llamaba su atención, portándose como el ladrón más listo, no robando más que por satisfacer este deseo, pues en cuanto quitaba algo, lo rompía ó escondía, pero nunca lo utilizaba para nada, incluso con el tabaco, pues nunca fumó lo robado. Después de una larga reclusión manicomial, su familia se lo llevó en su compañía, curado de su afición á beber alcohol, pero sin mejorarse de su pasión por lo ageno. Un año después, hemos sabido

que no recayó en el alcoholismo y se curó enseguida de su kleptomanía.

Observación sexta.—Delirio alcohólico desarrollado en el curso de una bronco-neumonía.—Curación.—J. C. T., representa unos veintiocho años de edad, está dedicado á la agricultura. Es vecino de un pueblecito de la provincia de Toledo, soltero, de costumbres licenciosas, muy pasado de la bebida, especialmente acostumbrado á tomar todas las mañanas en ayunas, tres, cuatro y hasta cinco copas de aguardiente; sufría fuertes pirosis con gastralgia, teniendo que consumir mucho bicarbonato sódico, del que siempre llevaba una petaca llena en el bolsillo, abusaba también del tabaco, no quitándo el cigarro de la boca como suele decirse vulgarmente.

Había sufrido, poco tiempo hacia, fiebres intermitentes palúdicas, poniéndole en un estado de debilidad y postración que había querido remediar á fuerza de alcohol. A mediados de Mayo de 1899 fué invadido de una bronco-neumonía intensa, cuidada y tratada convenientemente por su médico de cabecera, con los antimoniales, resolutivos y dieta un poco rigorista. En el momento de nuestra intervención, se hallaba el enfermo en el quinto día de la invasión de la fiebre. La temperatura se elevaba á 39° y décimas; la expectoración densa y de color herrumbroso, expulsada de las ramificaciones y tubos bronquiales á fuerza de golpes de tos. El pulso frecuente y débil, marcaba 108 pulsaciones en la radial; la cara animada por movimientos rápidos y casi convulsivos; los ojos brillantes y de pupila contraida, unido á un temblor general; las palabras rápidas pero algo borrosas que salían en tropel de sus resecos labios, con el abundante sudor que calaba sus ropas y almohadas, formaban un conjunto sintomático expresivo del delirio tembloroso presentado en el curso de una bronco-neumonía. Tuvimos que renunciar á preguntar nada al J. C. T. que á cada palabra que oía escondía su cabeza entre las sábanas, como si percibiera ruidos extraordinarios que hirieran su aparato auditivo hiperestesiado. Después de haber recogido los datos y síntomas anteriormente expuestos y juzgando que la presentación del *delirium tremens* obedecía á la interrupción brusca de los hábitos alcohólicos del enfermo, aconsejamos el empleo de la poción alcohólica de Todd por primera providencia y una inyección hipodérmica con medio milígramo de hyosciamina cristalizada, repetida á la hora si no se calmaba el delirio, que nos pareció más indicada que la solución bromurada empleada en los otros casos, por temor á que el corazón, sobrecargado de trabajo en los cinco días anteriores, temiendo que el redoblar más su actividad en la actual complicación, no desfalleciera demasiado á la acción del

hidrato de cloral. Después de recomendar lo que en casos análogos hemos indicado debe hacerse, nos retiramos, no sin haber recibido antes palabra formal de que si el enfermo curaba de su actual enfermedad, enseguida se sujetaría á nuestro tratamiento antienófilo.

En efecto, así se cumplió, siendo éste uno de los casos en que un hombre degradado por el vicio y arruinada su constitución por la intoxicación lenta del alcohol, ha vuelto á recuperar sus fuerzas y á adquirir de nuevo su dignidad de hombre honrado por el trabajo entre los suyos.

Observación séptima.—Alcoholismo crónico.—Delirium tremens no febril.—S. S., de cincuenta años de edad, temperamento nervioso, cocolor moreno, bilioso, delgado, dedicado desde su juventud á las faenas agrícolas, hombre rudo y de instintos pronunciados, señalado como camorrista é irascible, desnudo de creencias religiosas y sin más respeto que á la fuerza bruta. Aficionado á tomar todas las mañanas en ayunas, como aperitivo, tres ó cuatro copas de aguardiente destilado de la cocción del orujo, granilla ó casca (que es el peor de los alcoholes), muy cargado de anís, hinojo ó tolú (para disimular su gusto y olor), y durante el día á consumir tres y cuatro cuartillos de vino, para animar el trabajo y sacar fuerzas de flaqueza; cayó enfermo el día... de Enero del año próximo pasado, con los síntomas de un catarro bronquial, con escasa reacción febril. Según su médico, el termómetro no había marcado más que 38° c. como máximum la segunda noche de su enfermedad, siendo el síntoma más molesto la tos, puesto que no se quejaba de dolor alguno. Aunque había pedido aguardiente y vino repetidas veces, siempre se los había negado la familia que le cuidaba.

En la noche del día..., los vecinos del barrio en que vivía el S. S., primero, y las autoridades con los serenos después, completamente alarmados por los gritos pidiendo auxilio que partían de la casa de aquél, acudieron en tropel presenciando un espectáculo feroz y alarmante. Acurrucadas en un rincón de una sala grande y destartalada, en actitud suplicante y dando fuertes gritos había dos mujeres, y en el centro de la misma, en camisa y con aspecto feroz, todo trémulo y agitado por sacudidas convulsivas, se hallaba el S. S. blandiendo una enorme navaja, con la cual daba tajos en todas direcciones, avanzando unas veces, otras retrocediendo, como si se defendiera y acometiera á la vez á enemigos visibles sólo para él.

Nadie se atrevía á acercarse al furioso por miedo á ser herido, influyendo mucho en este temor el concepto de valentón y perdonavidas de que aquel individuo disfrutaba en el pueblo de C. Cuando la inter-

vención de los serenos, con capuchón, chuzo y faroles, produjo una alucinación tan terrorífica en el furioso, que asustado cayó al suelo soltando la tan terrible navaja, pudiendo entonces sujetarle y echarle en la cama. Llamado en compañía de otros médicos á auxiliarle, dispusimos una sujeción cómoda por medio de la camisa de fuerza; la po ción ó solucion bromurada que tengo indicada en casos anteriormente referidos, que costó trabajo hacerle tomar, y aconsejamos al médico que se quedó encargado de su asistencia, el empleo del alcohol absoluto debilitado con agua (40 gramos, en 120 de agua, con 20 de jarabe simple), y sujetarlo á las inyecciones y píldoras antienófilas en cuanto se tranquilízase, puesto que el catarro bronquial era leve y no había contraindicación alguna.

En efecto, á los dos días se le pusieron las inyecciones antienófilas y las píldoras siguiendo el mismo método recomendado otras veces, siendo su resultado tan bueno como el obtenido en los demás casos citados; siendo de advertir, que el individuo este no quería de ningún modo que se le diese nada para quitarle su vicio y que tuvimos como en la primera observación citada H. R., que engañarle, diciéndole que lo que se hacía era para fortificarle y quedar curado radicalmente de su catarro bronquial, lo que, bien mirado, tampoco era engaño, pues á los tres meses de curado de su alcoholismo estaba fuerte y vigoroso, sin reminiscencias de la enfermedad pasada. Según nuestras noticias, ha intentado por diferentes veces el beber vino, sin haberlo conseguido, por persistir la repugnancia y olor nauseabundo al intentar hacerlo, y no nos llamaría la atención, si, dadas sus perversas inclinaciones, hacía lo que el individuo citado con las iniciales B. M. en el tercer caso hizo, para lo cual sería conveniente la repetición de inyecciones de temporada en temporada; pero su familia no se ha atrevido siquiera á decírselo, ni nosotros, que con frecuencia le vemos, nos atrevemos á ello, por haber sabido que el agradecimiento de este individuo por el favor que con él hicimos le expresa maldiciendo el momonto en que nuestra intervención le privó de entregarse á la embriaguez.

Observación octava.—Alcoholismo crónico con delirium tremens febril.—Fallecimiento.—El día 2 de Marzo del año 1898, á las cinco de su tarde, fuimos llamados á visitar en la calle M... núm... de Madrid al señor D. J. H. A., soltero, de veintiséis años de edad; huérfano de padre desde su niñez, por haber sido éste víctima del alcohol, falleciendo en un ataque de *delirium tremens*, quedó á cargo de su madre que, amantísima de su hijo, le mimó y consintió en todo, no oponién-

dose enérgicamente á los excesos alcohólicos que desde los quince ó dieciséis años empezó á cometer.

De naturaleza débil, había sufrido á más de la escarlatina y sarampión en la niñez, una fiebre gástrica grave, á los veinte años la primera y á los veintitrés la segunda. Afortunadamente para nosotros, el médico de cabecera de este enfermo era amigo nuestro y clínico de primer orden, que llevó la observación hasta la minuciosidad desde el momento en que se había hecho cargo de este enfermo, transmitiéndonos las siguientes observaciones: el día 1.° del citado Marzo, à las diez de la mañana, halló á este señor J. H. A., presa de una agitación violentísima, con alucinaciones múltiples y variadas; creía ver hombres, mujeres y soldados que le querían fusilar; anarquistas arrojándole bombas explosivas, diablos rojos queriéndole clavar las uñas, sacerdotes que le maldecían, y, sobre todo, armas diferentes que tan pronto descendían del techo como brotaban del suelo. Temblor general del cuerpo, más marcado en los miembros. El pulso latía 66 veces por minuto. La temperatura rectal, 39° 2. A las diez de la noche del mismo día, seguía el mismo estado de delirio.

El día 2, á las once de la mañana, observó más agitación, locuacidad y las alucinaciones tenían el mismo carácter terrorífico, sin que el tratamiento dispuesto el día anterior hubiera hecho beneficio apreciable; verdad es que la solución de 4 gramos de bromuro potásico, con 2 centígramos de cloruro mórfico, diluídos en 90 gramos de agua destilada y 20 gramos de jarabe simple, para que tomase una cucharada grande de hora en hora, con observación, hasta calmar la excitación del delirante, que le había recetado, no se había aprovechado apenas por negarse el enfermo violentamente á tomarla, y el baño general templado, también prescrito, no había podido ser puesto en práctica por no disponer de personal suficiente é idóneo para dominarle, habiendo sólo conseguido bañarle muy incompletamente.

Mi colega y amigo pidió en aquella visita una consulta con otro médico, indicando la necesidad de trasladar al enfermo á una casa de salud, manicomio ú hospital, ó por lo menos que buscase la familia más personal y práctico, si era posible, en pelear con delirantes.

La familia se opuso á la separación y prometió buscar practicantes á la par que al día siguiente me invitó á celebrar una consulta con dicho compañero. Hasta las ocho de la noche del mismo día no pude acudir á la visita, encontrando al D. J. H. A. muy agitado y sin cesar en sus alucinaciones, sobre todo visuales. El pulso marcaba 70 pulsaciones por minuto y la temperatura rectal llegaba á 39° y 5 décimas.

Se puso una inyección hipodérmica con un centígramo de cloruro

mórfico y dejé ordenado se le pusiera otro igual si seguía la agitación á las once de la noche; aunque estaba indicado que le dieran caldos y un poco de leche, tampoco había querido beberlo. Hasta bien avanzada la noche no pudo la familia proporcionar al médico dos practicantes, por lo cual no se atrevió á ordenar el baño.

El día 3 á las ocho de la mañana pudo, con el auxilio de los practicantes, darle un baño general tibio y ponerle en regulares condiciones una camisa de fuerza. Volvió á repetirle la inyección de cloruro mórfico; el pulso marcaba 78 pulsaciones por minuto y la temperatura rectal había descendido á 39°.

El mismo día 3 á las cinco de su tarde nos reunimos en consulta con el compañero, accediendo á los ruegos de la familia. El enfermo estaba muy delgado, de color pálido térreo, sudoroso y con la respiración frecuente; muy alucinado y haciendo gestos convulsivos y guiños con los párpados; muy locuaz, gritando, pidiendo auxilio contra los anarquistas que le querían despedazar y contra los ladrones y asesinos, al par que trémulo, con movimientos vibratorios de su cuerpo que se transmiten á la cama en que se hallaba tendido y sujeto; no pudimos contar el número de pulsaciones por los movimientos incesantes de sus músculos y tendones.

La temperatura rectal, que con mucho cuidado y precauciones tomamos por no desairar al compañero que por haberla tomado en el mismo sitio las veces anteriores deseaba se hiciese lo mismo, alcanzó á 40° y dos décimas. Con la mano puesta sobre las masas comunes se aprecian las contracciones fibrilares de que todos los músculos se hallaban invadidos. Nuestro colega, al referirnos lo por él observado y hecho, nos llamó la atención sobre el empeoramiento tan grande que en pocas horas ha experimentado D. J. H. A., creyéndolo de fatal resultado. Sin duda alguna, nos hallábamos en presencia de un caso gravísimo de intoxicación alcohólica en un individuo de constitución débil, degenerado como hijo de un alcohólico y lesionado profundamente del cerebro y médula. Consideramos el caso como irremediable, pero mientras no viéramos que las fuerzas del enfermo se hallaban agotadas, tuvimos que afrontar la lucha y le dispusimos, de acuerdo con el compañero, el tratamiento siguiente: una inyección hipodérmica con medio milígramo de hyosciamina cristalizada, repetida á la hora si no se calmaba el delirio y agitación, un enema con 60 gramos de agua, media yema de huevo y cuatro gotas de aceite de crotontiglio para mover el vientre (según el compañero hacía cuarenta horas que no defecaba el enfermo). Paños empapados en agua muy fría á la cabeza, silencio, aislamiento y semi-obscuridad, dieta láctea y caldos con una copita de

vino de quina. La noche la pasó alucinado y adormilado á ratos cortos; tomó los líquidos, pidiendo con frecuencia agua.

El día 4, el médico de cabecera apreció á las ocho de la mañana menos temblor y más sacudidas y saltos de tendones. El pulso á 82 y la temperatura 40° con cuatro décimas. Le habíamos dejado prescrito una cucharada cada cuatro horas de la siguiente fórmula: extracto blando de quina, 3 gramos; alcohol rectificado, 20 gramos; jarabe de meconio, 20 gramos, con 70 gramos de agua.

A las cinco de la tarde volví á visitar al J. H. A., encontrándole aplanado con delirio incoherente; el pulso marcaba 108 por minuto, el termómetro ascendió á 42°,6; la boca reseca, los labios algo azulados, las contracciones fibrilares en los músculos eran numerosísimas y los ojos empañados. Inmediatamente le pusimos una inyección de á milígramo de sulfato de estricnina, seguida de otra de á 3 decígramos de benzoato de sosa y cafeina, con aplicaciones de sinapismos en el pecho, espalda y vientre, con enérgicas fricciones secas al cuero cabelludo, y de diez en diez minutos cucharadas de caldo concentrado, con una cucharadita de extracto de carne líquida, consiguiendo que se detuviese la presentación de la agonía, animándose algo el enfermo durante unas cuatro horas, sobreviniendo á las diez de la noche síntomas de asfixia, de la que sucumbió el enfermo á las doce de la misma.

El tratamiento resultó ineficaz como hemos visto y aquí no hubo tiempo de que la inyección de estricnina (antienófila) produjese la repugnancia al alcohol ni tonificase su sistema nervioso, herido de muerte. Afortunadamente esta forma de *delirium tremens*, ya hemos dicho que es muy poco frecuente.

Observación novena.—Delirium tremens.—Fallecimiento.—D. R. R. de treinta y seis años de edad, natural de un pueblecito de las cercanías de Sevilla; soltero, alto, de regular constitución, color moreno aceitunado, de costumbres licenciosas, dedicado al teatro hacía poco tiempo, hubiera llegado á ser un gran actor dramático, si el alcohol no hubiera desecho su carrera. Víctima de uno de sus excesos, fué invadido en una casa de prostitución de un delirio agresivo y feroz, golpeando á varias de las mujeres de aquella casa y después de haber roto muchos muebles, pudo ser sujetado y conducido á su domicilio en un grado de excitación tremenda. Llamados á consulta el día 10 de 1902, á su casa, sita en la calle Mayor núm... de la Corte, después de recoger cuidadosamente las observaciones hechas por los dos médicos que desde un principio le asistieron, añadidas á las nuestras propias, formamos la siguiente historia clínica de este caso.

Día 7: agitación grande, temblor general, alucinaciones múltiples

muy frecuentes, locuacidad extremada expresándose con terminaciones silábicas consonantes; oye la voz de su padre que le maldice, ve al diablo que le clava las uñas, recita versos, chilla como un desesperado, se quiere quitar la ropa y sacude con violencia los muebles llenos de ratas y víboras, el pulso marca 95 al minuto y la temperatura axilares de 39° c. Tiene sed vivísima, quiere andar y apenas puede tenerse en pié, sus ojos brillantes, de pupila contraida, huyen de la luz viva, se orina en sus ropas, se niega á comer, tomando solo un poco de de leche y dos caldos; le prescriben una solución de 3 gramos de hidrato de cloral, con otros 3 de bromuro potásico, en 100 de agua destilada para tomar una cucharada cada dos horas, sin conseguir mejoría alguna.

Día 8: el pulso se sostiene á 95, y el calor asciende á 39° con 5 décimas por la mañana, por la tarde desciende la temperatura á 38° y 8 décimas, á beneficio de un gramo de antipirina, en solución acuosa, repartido en tres dosis con una hora de intervalo y 30 gramos de aceite de ricino que le han hecho tomar con un caldo, produciéndole dos evacuaciones de vientre semi-líquidas, alimentándose con un vasito de café con leche cada cuatro horas, ó caldo con yema de huevo, que vierte y desperdicia en su mayor parte. Continúa el temblor y se queja de que le clavan puñales en las piernas y le retuercen los brazos y los dedos.

Día 9: la temperatura de la mañana ha subido á 39° y 6 décimas, las alucinaciones siguen con la misma intensidad y frecuencia, sigue orinándose involuntariamente, desconoce á su familia, llamando á su hermana Santa Teresa y á su hermano Felipe IV, insultándolos con las palabras más soeces, le prescriben un gramo de clorhidrato de quinina para cinco inyecciones hipodérmicas, por haberse negado á tomar medicina por la boca. El pulso marca 98 por minuto. Por la tarde, el termómetro ha señalado 40° con dos décimas y el pulso 106 al minuto; la sed sigue vivísima, el sudor muy copioso y el delirio se expresa por palabras breves y entrecortadas; le ordenan las tinturas de almizcle, valeriana y castóreos, en dosis de cinco gotas de cada una, cada dos horas, en un poco de agua azucarada que apenas quiere probar.

Día 10: á las nueve y media de la mañana en que, en compañía de los dos médicos de cabecera, visitamos á este enfermo, le encontramos en un grado extremo de agitación alucinatoria, á la par que invadido de una debilidad grandísima que no le permite incorporarse ni sentarse en la cama cuando intenta hacerlo; créese rodeado de llamas que le queman, tomando los que le rodeamos formas terroríficas de

diablos; nos escupe y presenciamos una manifestación de delirio, que solamente hemos visto aquella vez y que se ha quedado grabada en nuestra imaginación con caracteres indelebles, no pudiendo recordarla sin extremecerme.

No pudiendo las secas fauces del enfermo lanzar más saliva sobre nosotros y sus asistentes, se mordió la lengua y nos escupió pedacitos sangrientos de este órgano mutilado por él mismo, presentando una cara especial de terror y rabia á la par, que no se puede definir. Acudimos prontamente en su auxilio, teniendo que recurrir, por el pronto, á una especie de mordaza que con un trozo de bastón de junco, que á mano encontramos, le hicimos é interpusimos entre sus trémulos dientes, continuando nuestras observaciones. El pulso en la radial no podía contarse por el desorden atáxico que en los tendones y músculos había. En la arteria poplítea contamos 120 pulsaciones por minuto. La temperatura subió á 41° y 4 décimas. El sudor era tan copioso que tenía caladas las almohadas y sus ropas. Le pusimos una inyección de cloruro de hyoscina de medio milígramo, que repetimos á los tres cuartos de hora, consiguiendo calmar la excitación y temblor; á continuación le pusimos otra inyección con el líquido antienófilo. A las nueve de la noche volvimos á ver á este señor, que había caído en una postración completa. El delirio seguía en voz baja y temblorosa; tenía cerrados los párpados, las manos muy temblorosas, con saltos violentos de tendones y con movimientos dirigidos á manosear y separar las ropas de su cuerpo; en el pulso desordenadísimo no podíamos contar sus pulsaciones y la temperatura, que, según uno de los médicos de cabecera había llegado hacía cuatro horas á 41° con 9 décimas, solamente llegaba á cubrir con trabajo la línea que marcaba los 38°. El frío se apoderaba de las extremidades, cuando nos retiramos, en la seguridad de que aquella agonía que empezaba no sería muy larga.

Observación décima.—Alcoholismo crónico, con delirio de persecuciones predominante, con terminación en parálisis general progresiva.— H. M. M., de veintitrés años de edad, labrador, soltero, natural de M... provincia de Navarra. Ingresó en el Manicomio de Ciempozuelos el día 22 de Diciembre del año 1887 á petición de su familia. Este joven, desde hace bastante tiempo, venía entregándose á excesos alcohólicos, antes era muy laborioso y después el prototipo de la holgazanería, costándole trabajo hasta masticar; si le dejasen, estaría siempre tumbado, fumando y bebiendo, nos decía su madre al dejar su hijo en el manicomio.

Se le observa temblor en las manos, debilidad en las piernas y hay días en que se despoja de los calcetines y de las botas, remangándose

los pantalones, para andar descalzo y desnudo de las piernas, encontrando de este modo alivio para la sensación de quemadura que en estos puntos siente; sostiene que le persiguen los diablos y que le roban el pensamiento, oyendo sus amenazas é insultos; de repente, se lanza contra el primero que encuentra y le mataría si dispusiera de armas para ello, en estos actos se vé que sufre impulsiones morbosas homicidas, diciendo que los ejecuta sin saber por qué y no los lleva á cabo, como sucede en otros delirantes de persecuciones, como en represalía, pagando así ó vengándose de pretendidos agravios ó insultos; duerme muy poco, tiene alucinaciones auditivas, gustativas y visuales, quejándose con frecuencia de estar envenenado y en ocasiones provocando el vómito de alimentos que cree estaban envenenados, tiene un deseo incesante de beber aguardiente, siendo capaz de robar y hasta de matar para apoderarse de él; padece la gastritis de los bebedores con vómitos pituitosos por las mañanas. A los quince días de ingreso en el Manicomio, bebió una cantidad de aguardiente anisado, no muy grande, que robó aprovechando un descuido de un enfermero, sufriendo á la hora próximamente una congestión cerebral con convulsiones epilep toideas, sin aumento de temperatura y con alucinaciones terroríficas, creyéndose estrangulado por culebras que subían á lo largo de su cuerpo, hasta llegar al cuello en donde se arrollaban. Después que pasó la congestión le observamos torpeza en la emisión de la palabra y contracciones fibrilares de los labios y de la lengua. A los veinte días le volvió á repetir la congestión, también con convulsiones epileptoideas, quedando después atontado, desmemoriado y con desigual dilatación pupilar. Los deseos por el vino y más especialmente por el aguardiente, cada vez parecían más intensos. Con esperanzas de obtener buen resultado, le sujetamos al tratamiento antienófilo nuestro, empezando con la primera inyección hipodérmica el 15 de Marzo, tomando con regularidad las siete inyecciones y las 30 píldoras antienófilas.

A la cuarta inyección ya no quiso beber el vino que le ofrecimos ni tampoco el aguardiente que dejamos á su disposición en un frasquito de cabida próximamente de dos decílitros. Se repuso mucho del temblor y debilidad de las piernas, hasta el punto de llegar á ayudar al jardinero en sus ocupaciones algunos ratos; también mejoró de los insomnios.

En cambio, su delirio de persecuciones, en vez de mejorarse, evolucionó lentamente al de grandezas, confundiéndose el uno con el otro. A los tres meses sufrió una fuerte excitación con delirio alto y agresivo, con síntomas manifiestos de congestión cerebral, dejando al en-

fermo atontado, balbuciente, sucio y olvidado por completo de las conveniencias sociales; rara era la noche en que no se ensuciaba en la cama, sufriendo al mismo tiempo gran excitación genésica, entregándose á la masturbación descaradamente y participando á todo el mundo que se iba á casar con treinta reinas. Siguió avanzando la parálisis general progresiva hasta concluir con la vida de este enfermo algún tiempo después y sin que hubiera mostrado deseos alcohólicos.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DE LA NEURITIS Y CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHÓLICA

Como complemento del tratamiento del alcoholismo crónico, vamos á ocuparnos del que corresponde á las dos variedades de éste que encabezan este capítulo.

La variedad de formas en las neuritis que hemos descrito, ó sea la motora sensitiva y atáxica, claro está que han de obligarnos á recargar más los medios que más influencia puedan tener en estas variedades. Por ejemplo: la electricidad, que de una manera general podemos decir está recomendada como útil en la neuritis, deberá ser empleada con más insistencia, con más predilección en la variedad motora. El ópio y sus alcaloides tendrán nuestra preferencia en la sensitiva; la quinina y sus alcaloides, el bromuro y los ioduros los emplearemos por más tiempo y en más dosis en la atáxica ó pseudo-tabes. Todas las neuritis alcohólicas necesitan para su alivio y curación de una profiláxis rigorosa; es decir, colocar al individuo en condiciones de no poder beber alcohol; y aquí tiene aplicación lo manifestado acerca de la creación de casas de salud especiales, con el ingreso voluntario ó forzoso del alcohólico, aunque si consideramos vejatorio el ingreso forzoso en ellas para el alcohólico que está atacado, principalmente en los centros nerviosos, mucho más resultaría tratándose del intoxicado y atacado principalmente en el sistema nervioso periférico y en el aparato gastrohepático, cuyas funciones son exclusivameate nutritivas.

Nosotros, según tratamos de demostrar, disponemos de un agente preciso con las inyecciones y píldoras antienófilas, para hacer repugnantes y nauseabundas las bebidas alcohólicas, y nuestra primera indicación á la presencia de una neuritis alcohólica es empezar á poner una cada día, hasta siete inyecciones antienófilas, haciendo tomar al mismo tiempo y durante quince días seguidos, una píldora antienófila por mañana y tarde, y, como en todos los casos de alcoholismo cróni-

co, volver a repetirlas á continuación ó dejar pasar treinta ó cuarenta días, según que el enfermo se halle más ó menos débil y según haya llevado un tiempo más ó menos largo de hábitos alcohólicos. En los casos más leves, basta esto sólo para obtener la curación. En los más graves, en aquellos en que la parálisis es más completa y sobrevienen las atrofias, la desnutrición de los músculos atacados, recomendamos el empleo de las corrientes farádicas ó, mejor dicho, la electricidad exitará el dolor y estará contraindicada cuando predomina el dolor y cuando empieza la neuritis su desarrollo, y, en cambio, estará indicada y nos prestará grandes servicios en los períodos de estádio y de descenso. ¿Qué clase de corrientes emplearemos? Según nuestro criterio, las farádicas. Las sesiones deben ser muy cortas: nosotros nunca pasamos de dos minutos y, generalmente, nos basta con uno. Deben ser más ó menos intensas, ateniéndonos en esto al efecto que en el enfermo hacen, á la sensación que experimenta, y siempre debemos empezar con tanteos. Se hace indispensable que acudamos á ordenar con este objeto la fórmula siguiente:

Extracto acuoso de ópio, 39 centígramos; podofilino, 10 centígramos; excipiente idóneo c. s. para hacer, según arte, 10 píldoras iguales. Para tomar una píldora cada doce horas, y hasta dos más si son necesarias, para calmar el dolor, si, como sucede en muchas ocasiones, éste se exacerba con intermitencias adquiriendo una intensidad brutal.

En individuos refractarios á la forma pilular, ó cuya mucosa estomacal esté en malas condiciones de absorción, utilizamos la vía hipodérmica dando las mismas dósis de extracto de ópio acuoso disuelto en agua destilada en una inyección que ponemos un poco más arriba del punto dolorido, cada doce horas, y una ó dos dósis más si son precisas.

El insomnio, síntoma casi constante en el alcoholismo crónico, le vencemos con el baño general de agua tibia á las horas y con la duración de que ya hemos hecho indicación anteriormente, combinado, si es preciso, con 25 milígramos de tanato de cannabina. El sulfonal y trional, con bicarbonato sódico este último, en la proporción de 25 centígramos para 75 de trional, nos han prestado buenos servicios para producir el sueño, elevando las dósis hasta los dos gramos y haciendo más activa la acción del sulfonal, dándole disuelto en una infusión de tila, cuando está todavía muy caliente, pues sinó no disuelve bien; pero hemos observado siempre que en cuanto empleábamos estos medicamentos unas noches seguidas y hasta una noche sola en un enfermo, al día siguiente estaba más decaído de fuerzas, más

inapetente y, sobre todo, cubierto de sudor, en cuanto hacía el menor trabajo corporal y en cuanto empezaba á comer. El masaje combinado con un ejercicio moderado, nos presta tan buenos servicios en el segundo y más todavía en el último pěríodo de las neuritis alcohólicas, como los observados con la quietud y reposo en el primer período. En la variedad atáxica, acostumbramos á hacer tomar al enfermo, después de las inyecciones antienófilas, una cucharada grande en la comida y cena, de la siguiente solución: Bromuro sódico, 4 gramos; ioduro potásico, 3 gramos; agua destilada, 150 gramos. M.e y d.e

En la cirrosis hepática, propia de los bebedores, que describimos en la patología del alcoholismo crónico, empezamos el tratamiento por las inyecciones antienófilas y 14 píldoras antienófilas nada más, porque necesitando que el vientre esté libre, nos conviene no prolongar su administración, que siempre favorecería el estreñimiento.

El día octavo le destinamos para operar la ascitis, por poca dificultad que hallemos en la respiración del enfermo, y aunque no sea muy grande la cantidad de líquido que contiene la cavidad abdominal. Si no hay todavía ascitis, el mismo día ocho le prescribimos un decígramo de calomelanos con dos decígramos de azúcar de leche en polvo, cada ocho horas, y cada tres un vaso de leche pura si es de vacas ó de cabras, y un poco debilitada (un tercio) con infusión ligera de café ó de té, si es de ovejas.

El día nueve le continuamos con las mismas dósis de calomelanos y la misma dieta láctea.

El día décimo le ordenamos sólo dos dósis, y sustituimos dos tomas de leche por dos porciones de gelatina de pollo.

El undécimo y duedécimo días, le ordenamos un cocimiento de raíz de caña y grama, con 1 por 100 de nitrato potásico y la misma alimentación.

El día trece, catorce y quince, le prescribimos otra vez tres dósis de á decígramo de los calomelanos, con la misma alimentación.

El día diez y seis y diez y ocho, suspendemos otra vez los calomelanos para tomar los diuréticos, con los cuales, y la dieta láctea con gelatina, continuamos si la mejoría es muy acentuada, y sino seguimos administrando los calomelanos con las mismas inyecciones, hasta haber empleado cinco gramos del preparado mercurial.

Si se observan síntomas de estomatitis pronunciados, el aliento se hace fétido, ó hay indicios de intolerancia gástrica, cesamos inmediatamente en la administración y acudimos á la siguiente fórmula: ioduro potásico 4 gramos; agua destilada, 140 gramos, M.e Para tomar una cucharada grande cada ocho horas.

Por desgracia, hay individuos á quienes sientan mal las leches, aunque las tomen con el agua de cal ó el bicarbonato sódico, y en ese caso les indicamos una alimentación mixta de carnes blancas, pescados blancos y legumbres cocidas.

Las gastritis sub-agudas, las acideces flatulentas y demás perturbaciones que acompañan á las cirrosis, las atendemos con cuidado, pero en los casos en que la posición de los enfermos les permiten ciertos gastos, preferimos que tomen novenarios de las aguas minerales de Mondáriz, de Vichy ó de Vals. El estado de fuerzas del enfermo y la mayor ó menor sequedad de su piel, son los que nos deciden á recomendar, durante el tratamiento, uno, dos ó tres baños generales de vapor.

CAPITULO VII

CASOS CLÍNICOS

Observación primera.—Neuritis alcohólica.—Curación.—H. C. Y., de veintitres años de edad, natural de V... de la C..., pequeño pueblo de la provincia de Madrid, de oficio palero de tahona, hijo de un padre ebrioso. Alto, de fuerte constitución, de masas musculares grandes, no ha tenido sífilis ni en sus progenitores la ha habido. El día 10 de Junio de 1887, se presentó en mi consulta.

Lleva enfermo cerca de un mes, habiendo empezado su padecimiento por dolores poco intensos en los tobillos de las dos extremidades, que fueron clasificados por su médico de dolores de reuma; al poco tiempo se alarmó este individuo al notar que no podía llevar las puntas de los pies hacia adelante, y que al andar tenía que poner mucho cuidado en levantar mucho los pies del suelo, pues si no tropezaba siempre con la punta de ellos; próximamente á los diez días siguientes observó dolores en los antebrazos, seguidos muy de cerca de debilidad de las manos é imposibilidad de extender la mano y los dedos, los cuales tenían un color pálido y como si no tuvieran sangre (y para ver si era así se había pinchado la yema del dedo índice derecho, y en efecto no había salido ni una gota de sangre.)

Lo que le molestaba mucho, eran los calambres y hormigueos que sentía en los dedos, mucho más en los de los pies. En vez de ceder estos síntomas, iban tomando más fuerza é incremento, por lo cual se había decidido á consultarme su padecimiento. Lo que más llamó nuestra atención al examinarle, fué el temblor de sus extremidades, así como las contracciones fibrilares de los músculos, especialmente de los labios y lengua, para examinar su contracción pupilar y para

observar mejor su modo de andar, le mandamos avanzar hasta un balcón que tenía abiertas las vidrieras para que circulara el viento, y pudimos apreciar, en primer lugar, que su marcha era insegura, á pesar de apoyarse en el brazo de su madre; y en segundo término, que en el momento en que miró á la calle, á pesar de la poca altura del balcón (piso principal), se puso descolorido y angustioso, con la cara bañada de sudor frío, arrojándose al suelo en donde de seguro se hubiera hecho daño á no contenerle su madre; le preguntamos sobre este particular y nos dijo que antes de esta enfermedad no podía mirar al suelo desde una altura sin sentirse angustiado, lleno de miedo, por creerse iba á caer y con ganas de vomitar.

Acosado por nuestras preguntas, nos confesó que desde que tomó el oficio de palero ó amasador de tahona se había acostumbrado á beber mucho vino, y al retirarse por las mañanas ó madrugadas á descansar, siempre bebía dos ó más copas de aguardiente *saludable* que en su casa hacían con las cascas y granilla de las uvas; pero que pocas veces se había mareado, no teniéndole que llevar á cuestas á su casa, como les sucedió á otros.

También nos dijo que muchas noches, ó mejor dicho días, no podía dormir. Comprobamos la isquemia de los dedos de la mano derecha, lo que, unido al vértigo de alturas que habíamos presenciado, nos bastó, sin buscar más síntomas que sin duda existirían, para tener seguridad de que el H. C. era un histérico, que á consecuencia de una intoxicación crónica de alcohol de las peores condiciones, é influido quizás por enfriamientos bruscos á causa de su oficio de amasador, con pies y manos (á estilo primitivo), de una tahona de un pueblo pequeño y aislado, padecía una neuritis alcohólica en su periodo de ascenso. Le prescribimos el siguiente tratamiento. Siete inyecciones antienófilas y 30 píldoras (antienófilas, dos por día), quietud, buena alimentación y un baño general templado, antes de acostarse, para facilitar el sueño, y al hacer los quince días nos lo recordasen para volverle á visitar. En efecto, cuando llegó ese día encontramos tan cambiado al enfermo que más no podíamos esperar. Nos confió con vivo agradecimiento que no había podido beber el vino desde la cuarta inyección (que un practicante, siguiendo nuestras instrucciones, le había puesto).

El insomnio era el que había cedido poco; le prometimos que el ejercicio corporal y la privación de alcoholes vencerían esta incomodidad, aconsejándole volviera á ponerse las inyecciones á los dos ó tres meses. Hemos tenido noticias satisfactorias de este individuo á quien

cinco años después, hemos visto en su mismo pueblo, ya casado y con un hijo vigoroso y bien constituido.

Observación segunda.—Neuritis alcohólica, de forma atáxica, pseudo tabes alcohólica.—Curación.—El día 2 de Agosto de 1895 nos encargamos de la asistencia médica de R. M. y P. natural de R... Córdoba, de unos treinta y cinco años de edad, casado y divorciado por los malos tratos que daba á su mujer. De buena estatura, algo démacrado, de color pálido moreno, caracter duro é irascible. Bebedor incorregible, llevado varias veces ante los tribunales de Justicia por sus escándalos y agresiones, labrador rico, venido á menos hasta un estado próximo á la pobreza por sus dispendios, locas prodigalidades y no ocuparse de la administración de sus bienes; lleva ya cerca de dos meses invadido de una enfermedad clasificada, según nos dicen, de parálisis por daño en la médula.

Acusa este señor dolores en las piernas y en los brazos, que compara á rayos quemantes, poniéndose los dedos de los pies, y manos rígidos; anda con mucho trabajo, vacilando y tembloroso, proyectando los pies con fuerza al avanzar, como si los sacudiera al fijarlos en el suelo, apoya primero el talón; las manos, parte de los antebrazos y los pies y la parte inferior y media de las piernas, están delgadas y como empezando á atrofiarse, al pasar la corriente farádica por los músculos extensores de los pies y flexores de las articulaciones tibiotarsianas y los de los extensores de las muñeca y los de las manos, no produce excitabilidad alguna y, si operamos con la voltáica, aparece enseguida aquella. Los reflejos rotulianos no existen. Le es dificil á este enfermo estar en pie quieto, pues tiembla y se caería al muy poco tiempo; en cambio, al avanzar, se le observa la incoordinación motriz y aunque no tan exagerado, le pasa algo de lo que observamos en la marcha del paralítico agitante, que avanza con rapidez creciente, empezando por un paso lento que se convierte en carrera irresistible y en línea recta, En el abundante vello que cubre sus piernas, apreciamos mechones ó ranchitos blanquecinos, que resaltan entre el color negro del resto del vello. la paralisis (agitante) de las manos llega á un punto avanzado, teniendo necesidad de abrir los dedos otra persona cuando lo desea, pues él es incapaz de ejecutarlo voluntariamente. Existe hiperestesia extremada de la piel, en las regiones afectas, así como exageración de los reflejos cutáneos. Tiene poco apetito y cuando ingiere alguna cantidad mayor de alimentos, se pone hiposo y molesto durante un par de horas por lo menos. Ha observado que ha perdido el vigor genital, llegando hasta la impotencia, lo que le produce un

disgusto tan grande que procura olvidar embriagándose y su mayor deseo sería que al hacerlo se quedase tonto y sin memoria.

Por las noches duerme mal y cree que por unas grietas que hay en las paredes de su alcoba, se meten en ella duendes y diablos que se rien y burlan de él y no tiene duda de que algunos de aquellos diablos se parece en la cara á su mujer. Le prescribimos las inyecciones y píldoras antienófilas, en número de 14 de las primeras en dos tandas con intervalos de ocho días y 30 píldoras solamente. Alimentación mixta de huevos, leche con una cucharada de agua de cal y carne de ternera ó cordero, tomando en cada comida un sello con medio gramo de bicarbonato sódico, 20 centígramos de pepsina en escamas y 5 centígramos de nuez vómica en polvo.

Quietud moderada y una corriente voltáica, suave, de treinta á cuarenta segundos de duración, el primer día, hasta llegar á dos minutos á los veinte días, dejando de intervalo, de una á otra, dos días. También le indicamos la conveniencia de dormir con una luz poco intensa. El efecto de este tratamiento, se dejó sentir beneficiosamente desde el segundo día, mejorando las digestiones y al tercero quitándole el deseo del vino y aguardiente que se le hizo repugnante. A los veintitres días que concluyó las inyecciones, estaba más vigoroso y repuesto, pudiendo pasear algunas horas y manejar las manos en cosas groseras ó de bulto, habiendo cambiado hasta de caracter; el sueño seguía siendo corto, pero en cambio ya llevaba cuatro noches que no tenía alucinaciones. Las corrientes eléctricas se le habían hecho insoportables, y según él, le empeoraban y dejaban mucho dolor, por lo cual no había tomado más que dos.

Le recomendamos un masage suave en los miembros cada dos días, la continuación de los sellos tónico-digestivos y alimentación de huevos, carnes de vaca ó carnero, pan y alguna fruta bien sazonada. A los dos meses andaba con bastante firmeza, subsistía un ligero temblor en las extremidades que no se oponía á que pudiera liar un cigarrillo y escribir; los reflejos rotulianos habían aparecido y podía recorrer, sin cansarse, distancias de un kilómetro. Subsistían sus genialidades, pero el caracter se había dulcificado, no cometiendo ninguna agresión. De vez en cuando sufría algún dolor ligero en las piernas.

El sueño, siendo de corta duración, era tranquilo y reparador. Hasta los seis meses no pudimos decir que el R. M. P. estaba perfectamente curado de su neuritis, quedándole únicamente, como vestigios de ella, las porciones ó ranchitos de vello blanquecino y más delgadas las piernas. No hemos sabido de este individuo ya hace más de dos años, por haberse ido á vivir al extranjero, pero las últimas

noticias nos dan la seguridad de no haber vuelto á cometer exceso alguno, haciéndose notar por su laboriosidad, quizá exagerada, á pesar de que su genio vivo é impaciente ha tenido motivos de exacerbarse con las contrariedades y quebrantos que, después de su curación, ha tenido en algunos asuntos ó negocios emprendidos.

Observación tercera.— Cirrosis hepática alcohólica.— Curación.— L. B. M,, de 49 años de edad, soltero, natural de la provincia de Madrid, ingresó en el Manicomio de Cienpozuelos el día 30 de Septiembre de 1899. Tiene una buena estatura y, sin duda alguna, ha sido individuo de energías físicas, destrozadas y gastadas prematuramente, apareciendo viejo antes de tiempo; apenas conserva algunos molares y su cara se halla surcada por arrugas precoces; no puede andar, no sólo por su debilidad y temblor, sino por estar también edematoso en sus extremidades inferiores y con ascitis; su lenguaje es muy trémulo y se halla sacudido su cuerpo por temblor general; quéjase de calambres violentos en las piernas y de pinchazos por todas las partes de su cuerpo; el pulso marca 74 pulsaciones por minuto. El termómetro marca en la axila 36° y 8 décimas, por la percusión y palpación, apreciamos un hígado muy voluminoso; existe un derrame ascítico considerable que entorpece la respiración y le obliga á buscar posiciones especiales en la cama. En el interrogatorio á que le sujetamos comprobamos que sus facultades mentales están deprimidas bajo la infuencia de ideas tristes y penosas, y que es un bebedor incorregible que ha llegado á un grado de intoxicación crónica, revistiendo la forma gastro-hepática con cirrosis hepática hipertrófica.

El estado de entorpecimiento que en la circulación existe y la dificultad mecánica para respirar, nos deciden á practicar al día siguiente la punción del vientre. Durante la noche se le ha observado inquieto, incómodo y alucinado, empeñándose en que tiene la cama y ropa interior llena de chinches y de cucarachas, hablando solo y pidiendo sin cesar vino; orina poco y ha hecho una deposición de vientre semilíquida, pestilente y muy biliosa. El día 1.° de Octubre, cuando todo lo teníamos dispuesto para la operación, á las ocho de la mañana, el enfermo se opone terminantemente á ella, excitándose y poniéndose tan trémulo y angustioso, que, por el momento, renunciamos á ella por temor á emplear la violencia en un cuerpo tan enfermo y débil, que no está en condiciones tampoco de poder ser cloroformizado. Le ponemos una inyección antienófila y le damos una píldora también antienófila, ordenando que cada tres horas se le dé un vaso de leche de vacas.

A las cinco de la tarde nos sorprende el estado de debilidad del en-

fermo y su cara chupada, con los ojos hundidos, con sed vivísima y la diarrea copiosa, que al poco tiempo de visitarle nosotros se le ha presentado; no obstante, observamos que el vientre está menos abultado y que respira con más libertad, por lo cual no nos parece prudente intervenir para cortar la diarrea, limitándonos á mandarle dar unas fricciones por todo el cuerpo con aceite esencial de trementina, envolverlo en mantas y darle una taza de infusión de té muy caliente con medio gramo de acetato amónico, poniéndole, además, botellas de agua caliente á los pies: la segunda píldora antienófila la suspendemos. A las dos de la mañana del día 2 de Octubre, somos llamados por el enfermero de guardia para verle (según le habíamos ordenado hiciese si la diarrea continuaba). Seguramente pasaba de 10 litros la cantidad de líquido que este individuo había excretado desde que se inició la diarrea, quedándose las paredes del vientre flácidas, como si le hubiéramos hecho la operación; pero el estado general era deplorable, habiendo descendido el pulso á 45 pulsaciones por minuto y la temperatura en la axila no llegaba á los 36°. No pudimos saber si había orinado y en qué cantidad en caso afirmativo, aunque nos pareció que en las sábanas y ropas mojadas que se le habían quitado se notaba olor ligero á amoníaco siendo tal la postración del enfermo que estaba incapaz de darse cuenta de nada. Notamos en él calambres tan violentos en las piernas, que nos recordaban los que sufren los coléricos.

Una inyección de cuatro decígramos de benzoato de sosa y cafeina seguida de otra de éter sulfúrico, los sinapismos abundantes á la piel del vientre, pecho y espaldas, las fricciones estimulantes del aceite esencial de trementina, como antes, y un gramo de salicilato de bismuto con ocho gotas de láudano, media yema de huevo y cuatro cucharadas de agua de azahar con una cucharadita de jarabe simple, en mezcla, y dada en cucharadas seguidas, triunfaron de aquella debilidad mortal, conteniendo la diarrea, aumentando las pulsaciones á 60 por minuto y la temperatura axilar á 36° y ocho décimas, colorándose ligeramente las mejillas y apareciendo húmeda la piel.

A las ocho de la misma mañana, nuestro enfermo estaba bastante tranquilo, con sed no muy intensa, sin calambres, respirando con libertad, habiendo desaparecido la hidropesía y bajado casi por completo los edemas de los pies; el pulso, más amplio, seguía con el mismo número de pulsaciones y la piel más sudorosa.

El hígado aparecía, en cambio, más saliente y abultado en el vienre. Le pusimos la segunda inyección antienófila, administrándole tam bién las píldoras, no sufriendo interrupción ni una ni otras hasta completar, á una y dos por día, respectivamente, el núm. 7 y 14. Du-

rante estos seis días últimos, la alimentación ha sido sólo láctea, soportándola y gustándole; ha ganado mucho su estado general, disminuyendo el temblor, nutriéndose un poco y animándose hasta hacerse comunicativo; se le han quitado las sensaciones dolorosas y los calambres, y en las pruebas á que le hemos sujetado, respecto á las bebidas alcohólicas, hemos observado la repugnancia á ellas desde la cuarta inyección. El vientre no ha vuelto á crecer y la orina ha aumentado en cantidad proporcional á los líquidos ingeridos.

El día 8, en la visita de por la mañana, le prescribimos un decí gramo de calomelanos con dos gramos de azúcar de leche cada ocho horas, teniendo á las dos horas ligeros dolores de vientre y defecando dos veces en las veinticuatro horas. El día 3 otras tres dosis de calomenos; ha hecho otras dos deposiciones diarréicas, también con ligero dolor intestinal. Día 10, dos dosis de calomelanos, y en la alimentación sustituímos dos tomas de leche por 50 gramos próximamente cada vez, de gelatina de pollo. El 11 y 12 sustuímos otra toma de leche por otra más de gelatina, y en vista de la gran cantidad de orina que elabora al día, no nos atrevemos á ordenarle un diurético, como otras veces hacemos. El día 13, 14 y 15, le hacemos tomar otros tres decígramos de calomelanos, quejándose de más dolores de vientre, y el último día ha hecho tres deposiciones verdosas, por lo cual no ha tomado más que un decígramo de calomelanos, y además le observamos aliento un poco fétido, con más abundancia de saliva y ardor en la boca.

Continuamos en los días siguientes la dieta láctea con la gelatina hasta el día 24 en que ha sufrido una mala digestión, manifestando después gran repugnancia por la leche, por lo cual le ordenamos la siguiente alimentación: por la mañana, chocolate con medio panecillo; á las doce, sopa de tapioca, una chuleta de carnero, té y 30 gramos de carne de membrillo, con un panecillo bien cocido. A las seis de la tarde, otra sopa, dos huevos pasados por agua, una taza de té y carne de membrillo. A las doce de la noche, dos huevos pasados por agua, un poco de pan ó pastas inglesas. Cada ocho horas le damos una cucharada grande de la solución de ioduro potásico (4 gramos, por 150 de agua), desde el día 18, suspendiéndola el mismo día de la indigestión. El volúmen del hígado ha descendido hasta llegar á su estado normal, en lo que hemos podido apreciar por el tacto y percusión. La ascitis no ha vuelto á presentarse; el enfermo se ha nutrido bastante, puede levantarse y pasearse por el patio; sus funciones se ejecutan con regularidad, persiste el temblor en las manos, aunque menor, pasa las noches tranquilo en su mayor parte, notándole sólo algunas en que

tiene miedo y sufre alucinaciones auditivas y visuales. Hasta fines de Diciembre no le hemos considerado como curado de su cirrosis alcohólica, así como de los demás síntomas de alcoholismo, excepción de una gran pérdida de vigor y no nos atrevemos á considerarle en absoluto á este agente como el causante de la kleptomanía ó manía del robo, que este desgraciado ha presentado al octavo mes de su reclusión manicomial, y cuando nos disponíamos á proponerle para el alta en breve plazo, y sin que en tanto tiempo transcurrido tuviéramos que reprocharle el más leve conato á beber alcoholes.

Observación cuarta.—Alcoholismo crónico.—Cirrosis hepática.—Fallecimiento.—Citamos este caso, precisamente por su desgraciada terminación y como prueba de imparcialidad, reservando otro, terminado por curación, por no haber existido conformidad de diagnóstico entre los tres médicos que le asistimos, procurando extractar el caso clínico que vamos á relatar, para no cansar á nuestros lectores con tantas repeticiones de síntomas y prescripciones, ya de por sí tan áridas, que solo un clínico del talento expositivo de Trousseau sería capaz de convertir este relato en agradable ó ameno.

J. J. es un individuo que representa tener unos cuarenta años, bien conformado, aunque un poco grasoso; se ha dedicado desde su niñez á las faenas agrícolas, dedicando un par de meses cada año á la fabricación de aguardiente de vino y de cascas, aficionándose desde jóven á esta clase de bebidas. Muy amigo de hacer apuestas en competencia con otros bebedores, sobre quíen aguantaba más cantidad de aguardiente sin embriargarse, ha llevado á cabo muchas, quedando vencedor y con la reputación de hombre invulnerable al aguardiente, que él tenía en mucha estima.

En los comienzos del mes de Febrero del año 1898 empezó á sentirse inapetente, acentuándose más los vómitos que muchas mañanas anteriormente había tenido, sin darles importancía alguna; el sueño había huído de sus ojos, y falto de fuerzas y acobardado, huyendo de sus antiguas reuniones tabernarias, se habia encerrado en su pobre vivienda presa de mortal melancolía.

Después de haber tomado una porción de remedios caseros, á cual más absurdos é indecentes (beber orines de niño rubio por la mañana en ayunas, para espantar los espíritus negros, etc.), fuimos llamados por su familia para que, en unión del médico titular D. E..., le visitáramos y pusiéramos en tratamiento, Hallábase el J. J. sentado ó acurrucado en su cama, nos recibió con frialdad é indiferencia, recogiendo do su examen, las siguientes observaciones; color sub-ictérico de la piel y mucosas, pulso retardado, lento, á 54 por minuto; tempe-

ratura axilar à 37° 4 décimas; ojos de pupila perezosa á los cambios vivos de luz, sistema venoso general visible y en especial el del abdomen muy saliente y desarrollado; ligeros edemas; maleolares y en los dorsos de los pies, cara triste y abotagada ligeramente. Por la percusión y tacto, comprobamos un derrame ascítico grande con meteorismo; en la región hepática no notamos nada de particular, pues el ligero dolor que á la presión acusaba el enfermo, era lo mismo que el que sentía por la misma presión en el otro lado del vientre y en la región epigástrica y umbilical, producido por la tensión de la piel y tejidos contíguos á causa del derrame ó colección líquida.

La lengua húmeda y cubierta de una capa saburral. La orina de color obscuro anaranjado. La molestia mayor de este individuo era un picor intolerable en la piel.

El vientre muy perezoso, sólo se movía é fuérza de enemas. Durante las noches hablaba sólo; pero eso no llamaba la atención de su mujer, pues hacía mucho tiempo que estaba acostumbrada á verle levantar de la cama por las noches, mirar en todos los rincones, atrancar las puertas, y hablar alto, como si regañase con alguno, tomando esto como pesadillas.

A pesar de su mal estado el J. J. no había alterado su costumbre de beber aguardiente, poniéndose exaltado y agresivo si se le negaban. En vista de la falta de recursos que en aquella casa se notaba y por iniciativa del médico titular, fué trasladado al hospital del pueblo. Le ordenamos de común acuerdo el siguiente tratamiento.

Siete inyecciones antienófilas (una por día) con 14 píldoras antienófilas (dos por día) y cada tres horas un vaso de leche de vacas. No obtuvimos más resultado que la repugnancia alcohólica, aunque, en honor de la verdad, desde su traslación al hospital no había pedido aguardiente como antes. Recurrimos después á los calomelanos, habiendo hecho antes la punción, extrayéndole unos ocho litros de líquido, que por el momento aliviaron al enfermo, mejoría relativa que no pasó de doce días. Llegamos hasta 4 gramos de los calomelanos, no pasando á más por el mal estado de las encías, y porque sobrevinieron petequias y manchas hemorrágicas más extensas en la piel, atribuibles á las dos intoxicaciones, á la biliar y á la mercurial; insistimos en los diuréticos, volviendo á extraer el líquido ascítico, le dimos el ioduro potásico, sin que pudiéramos vencer tan tenaz padecimiento, que, siguiendo su curso progresivo, ocasionó la muerte de este individuo.

Este caso, según nuestro criterio, prueba, como los anteriores, que el tratamiento antienófilo produjo el efecto innegable de la repugnan-

cia alcohólica, sin pasar á más su acción benéfica, por el estado avanzado de las lesiones de los vasos y del hígado.

CAPITULO VIII

CONSIDERACIONES

No disputamos la originalidad ó paternidad de la aplicación primera de las inyecciones hipodérmicas de la estricnina, combinada con el extracto acuoso de opio en píldoras, para tratar el alcoholismo agudo y crónico, y más especialmente para hacer repugnantes al paladar y al olfato las bebidas alcohólicas, por más que creemos haber sido los primeros, puesto que en 1835 ya las empezamos á usar (la estricnina), y combinadas las inyecciones con las píldoras de extracto de opio, los primeros y únicos. Sabemos perfectamente que Lutón hace ya tiempo que recomendó el empleo de la estricnina para este objeto, propagando los buenos resultados conseguidos, así como en América, no hace mucho tiempo, ha estado en gran predicamento para curar el alcoholismo, un liquido compuesto especialmente de estricnina y atropina; por eso al principiar este modesto trabajo decíamos que no íbamos á presentar descubrimiento alguno, sino el producto de una práctica de veintitrés años, durante los cuales han pasado por delante de nuestra vista algunos miles de enfermos, cuyas dolencias, en un gran número de ellos, han sido producidas directa ó indirectamente por el abuso de las bebidas alcohólicas.

Para su tratamiento, empleamos, como todos los demás médicos, los medicamentos que habíamos visto indicados en las obras de Medicina, y oído recomendar á nuestros compañeros en consultas y conferencias públicas y privadas, que iban encaminadas á combatir el alcoholismo, y además aquellos otros que, por analogía de acción con medicamentos ya empleados y por sus efectos fisiológicos y terapeúticos, creíamos estar autorizados á emplearlos, procediendo por tanteos y en dosis que resultasen inofensivos en aquellos individuos á quienes se había de aplicar, dejando siempre á salvo el gran precepto médico de *Primum non nocere*: así es como llegamos al empleo de las sales de estricnina. Siempre, también, tuvimos presente que la supresión brusca del alcohol en individuos habituados á su consumo, había de producirles trastornos de consideración (no tenemos más que recordar el delirio alcohólico presentado en los enfermos por otra causa y privados repentinamente de alcohol), y para evitarlos, nos ocurrió asociar á la sal de estricnina un preparado de opio en dósis moderada, puesto

que la práctica nos había enseñado que este medicamento calmaba las excitaciones delirantes de los alcoholizados, quizá por la mucha analogía que en la acción de ambos medicamentos existe, hasta el punto que la sintomatología del que abusa del ópio es casi semejante, fuera del delirio, á la del que abusa del (alcohol) vino, y la sintomatología del que abusa del alcohol es muy parecida á la del que se intoxica con la morfina; de aquí nació mi prescripción de las pildoras de extracto de ópio á dos centígramos cada una y en el número de treinta, á dos por día, por creer que en quince días podría truncarse ese hábito vicioso sin protesta del organismo, estando ayudado por la acción del ópio.

Hasta llegar á reunir unas cuantas observaciones, no nos atrevimos á comunicar el buen resultado obtenido y entonces invitamos á nuestro sabio, aunque modestísimo compañero, D. Eduardo Lozano Caparrós, que por su práctica médico legal, como forense de Madrid, y por su facilidad para transmitir á la clase médica sus impresiones y juicios, como director de *La Correspondencia médica*, en aquella época, nos pareció el más indicado para que visitase nuestro Manicomio y presenciase el resultado de nuestro tratamiento. En efecto publicó varios artículos sobre este asunto, que dieron por resultado el que algunos de nuestros compañeros ensayasen nuestro tratamiento con buenos resultados, y con rarísimas excepciones negativas.

Nos ocurrió por entonces pensar que nuestros trabajos merecían una recompensa más ó menos modesta, y como ésta no podíamos esperarla de nuestros Gobiernos, que, abrumados por nuestras desdichas nacionales, no disponían de medios ni atención más que para asuntos inter ó intranacionales de política, pensamos sacar algún provecho material, no diciendo al público la composición del líquido y píldoras base del tratamiento, y como de algún modo había que llamarlos para pedirles á las farmacias, los bautizamos con el pomposo título de antienófilo, autorizando á un farmacéutico para que la pre parase con arreglo á mi fórmula y los expendiese solamente á los que los pidiesen con receta, invitando á los médicos que quisieran usar el antienófilo á que consultasen por escrito ó de palabra cualquier duda que en su aplicación tuviesen, que era abrirles el camino para que (como en la mayor parte de los casos ha sucedido) yo les dijese de que se componía, y ya pueden atestiguar, algunos de los que lean esta Memoria, la verdad de esto.

A pesar de los muchos inconvenientes que nacieron para su propa ganda, de estos medios tan restrictivos, puedo asegurar que se han llevado á cabo muchas curaciones del alcoholismo en España y muy par-

ticularmente en la provincia de Almería con mi tratamiento, y desde hace muy poco tiempo, en Francia y en las Repúblicas hispano-americanas y espero qne si se reclamase su concurso, á él acudirían mis compañeros aludidos, proclamando la verdad de lo expuesto, siendo tan contadas las decepciones, que no recuerdo más que dos que voy á mentar por convenir al fin que me propongo. La una, es la expresada por un médico de la provincia de Almería en atenta carta, en que me pregunta, qué hace con un individuo ebrioso á quien ha puesto las inyecciones antîenófilas, sin que haya observado en él la menor mejoría ó repugnancia por el vino, siendo así que en otros casos en que las había empleado, le habían dado tan magníficos resultados, advirtiéndome, que el líquido empleado en la última vez, tenía un poco de color y que le parecía no ser exactamente igual á los otros en la etiqueta del frasco. La contestación lógica fué la de que emplease otro nuevo antienófilo, pedido directamente á la farmacia en donde se elabora ese medicamento, y el resultado debió ser satisfactorio puesto que no me volvió á contestar dicho señor. La otra hace relación á lo que ocurrió á otro colega que empleó también el antienófilo con buen resultado para el individuo ebrioso á quien se le administró, pero, habiéndose posteriormente vuelto loco este individuo, la familia echó la culpa de esta desgracia al empleo del antienófilo, creando á este compañero una situación comprometida por no poder decir, para defenderse, cual era su composición.

Ante tal conflicto, y mirando ante todo por él, contesté á la carta que con tal motivo me escribió, dándome los anteriores detalles, autorizándole para que publicase, ante quien conviniese, que el líquido inyectado era una solución de un milígramo de sulfato de estricnina en un gramo de agua destilada, por inyección, y cada píldora contenía dos centígramos de extracto de acuoso de ópio, y que escusaba decirle que no podía en manera alguna producir una dosis, ni ninguna de estricnina, por alta que fuera, la locura; así como tampoco la dosis del extracto de ópio que había dado.

Dos pensamientos nacieron á la par de esta contrariedad y disgusto por mí recibido; el primero fué que la cantidad de medicamento había de variar bastante para cada individuo, según su edad y constitución, amén de otras varias circunstancias, y como se trata de un medicamento de acción poderosa y que puede llegar á tóxico en mayores dosis, nos veíamos obligados á ordenar en su confección la dosis mínima; es decir, casi para un niño, huyendo de que en ningún caso resultase excesiva; cuando, si el médico que le hubiese de emplear, supiese sn composición y cantidad, podría variar ésta si así lo creyese

necesario, teniendo en cuenta esas mismas circunstancias, y así resultaría más provechosa y evitaría fallase su resultado en algún caso por dosis insuficiente. El otro pertenece á la moral médica, que entiendo subsanar, valléndome de la publicación de esta Memoria.

Hubiera podido presentar una estadística extensa de los alcohólicos tratados por otros médicos, y por mí, con mis inyeeciones hipodérmicas y con mis píldoras, pero he renunciado á ello por el mucho tiempo que ha mediado en algunos casos desde su aplicación á la fecha, por ignorar la actual residencia de varios compañeros que en este último período han cambiado de partido y porque no habiendo tomado hasta hace poco tiempo la resolución de publicar una Memoria sobre el alcoholismo y su tratamiento, no he tenido cuidado de recoger y ordenar las observaciones de los demás y las mías propias, habiendo conservado solamente algunos casos más salientes, bien por su resultado ó por su observación más minuciosa. Además, todos sabemos lo dificilísimo que es hacer una estadística sobre cualquier enfermedad ó tratamiento, contando sólo con nuestros esfuerzos individuales, si ha de tener condiciones de veracidad indiscutible; y sin esta condición debe siempre desecharse, pues cuesta muy poco trabajo hacerlas en su gabinete, amoldándolas á los fines que con ellas el autor se propone, habiendo creido lo más conveniente el anotar unos pocos casos y proponer á mis compañeros que hagan experiencias ellos, puesto que ya saben con exactitud cual es la composición del antienófilo y cuales son sus indicaciones.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LAS PSICOPATIAS OBSERVADAS EN LA ISLA DE CUBA

por el Dr. GUSTAVO LOPEZ Y GARCIA (Habana)

Señores:

La Academía de Ciencias Médicas físicas y naturales de la Habana, República de Cuba, que jamás permanence indíferente al movimiento científico que se opera en el mundo entero, no podía ni debía esquivar su modesto concurso y su presencia en un acontecimiento médico de la importancia del que se realiza en estos momentos, en la Capital de su antigua Metrópoli, en el corazón mismo de la nación que la descubriera y que allí llevara la altura de su civilización.

Esta citada Corporación oficial, la más antigua de su clase en aque-

lla Isla, se ha servido honrarme con su designación para que la representemos en este Congreso, y es este hecho, para nosotros, timbre de tanto orgullo y de tanta estima, que nos obliga á molestar vuestra ilustrada atención.

Menos extrañeza que lo que expresa esta audacia nuestra, deberá seguramente causaros, el hecho de traer á esta docta reunión, á merecer vuestra sabia crítica, algunas consideraciones, nacidas al calor de nuestro ejercicio profesional y reveladoras, por tanto, de cierto sabor local, á que habrán dado vida, aquel hermoso y á veces abrasante sol de los trópicos; aquella suavidad de clima á ocasiones causadora de enervante dejadez; aquellas dulces y periódicas brisas, que se hacen acompañar del candencioso murmullo de altísimas palmeras; aquella primavera eterna que aviva y perpetúa el amor; aquel sumando de seductora armonía, tanto y también cantado por los poetas, y casi divinizado por encantadoras mujeres; todo aquello, en fin, que constituyendo indiosincracia especial de las Antillas, influenciar pueda, sobre esa maravilla orgánica, tan primorosamente conformada, que se nombra sistema nervioso del hombre.

Es, especialmente, sobre este *sistema*, en su parte más complicada, de lo que entraña de más interesante y representa de más noble y elevado funcionar de la especie humana, á lo que, circunscribirémos las líneas que seguirán.

Así tocando puntos variados, brindará esta modesta labor ocasión de conocerse la fisonomía particular de Cuba, en estos asuntos especiales, ofreciendo de paso, motivo mejor para la discusión.

—

Una apreciación general, de *tenuidad* en los síntomas expresivos de las psicopatías observadas en la Isla de Cuba, precísase anotar antes que nada, como resultado directo, procurado por el sumando de unos largos años de práctica constante. La diaria observación, obtenida á través de quince años de internato en el único Manicomio oficial de aquella Isla, que se llamaba entonces «Asilo general de Enagenados», y que con saliente impropiedad se denomina hoy «Hospital de Dementes», nos ha procurado tal estimación, que ya hubimos de exponer en uno de los trabajos que llevamos al «Congreso Médico regional cubano» celebrado en Enero de 1890. El ejercicio libre de nuestra especialidad, y en Sanatorios privados, fuera del servicio del Manicomio desde 1900 no ha determinado variación alguna en este criterio.

En los enfermos hospitalizados llegamos á pensar que pudiese ello ser debido á que la mayoría eran ingresados en el manicomio pasado ya el comienzo de la enfermedad, después de transcurridas las fases

iniciales del mal, en las que es más ordinariamente frecuente la exageración, la violencia aparatosa de los síntomas. Pero nuestra práctica ulterior, en que á menudo somos solicitados para conocer el mal desde sus periodos iniciales, en que observamos las primeras manifestaciones del cuadro morboso que más tarde habrá de determinarse y completarse, como así también el servicio especial que hubimos de prestar en la *Sala de Observación*» de presuntos enajenados establecida en lo que era Hospital «Alfonso XIII» hoy llamado «Número 1», adonde precisamente concurren enfermos en los períodos primeros del mal, ha hecho desvanecer este expresado concepto, y nos permite seguir considerando la realidad de esa no alta viveza de síntomas, de esa tenuidad expresiva que señalamos como un hecho general y frecuente en los procesos mentales que se sufren en aquellas regiones.

No se notan, pues, habitualmente, esos síntomas estrepitosos de hiperfrenia, esos estados tipos de exaltación, ó de depresión acentuados del centro encefálico, tal como los estudiamos en los clásicos más acreditados.

Es sobre todo en las situacionos correspondientes á los estados de exaltación, donde primeramente y mejor notamos esa suave expresión sintomática. Las situaciones depresivas son las que nos han proporcionado menos corientemente estos contrastes, sobre todo, en los casos ofrecidos por sujetos pertenecientes á lo *raza negra* y á la amarilla ó *mongola*.

Por esto mismo, es que nos habíamos preguntado, la intervención que en el hecho observado, pudiera concederse, al clima cálido. Por que el clima frío, desde luego ofrece un mejor y positivo tono al organismo. El europeo tonificado más convenientemente por las condiciones naturales del suelo que habita, responderá antes á los trastornos pscopáticos que ofrezca, con notas perfectamente armónicas á sus condiciones de actividad de mayor viveza funcional.

—

La moderna lucha por la existencia, que parece más difícil de librar ahora en todas partes, y que por estos mismos obstáculos determina mayor suma de acciones ó de esfuerzos, más viva ansiedad, más hondas sacudidas morales, más consumo de bagajes orgánicos en una palabra, y un más persistente estorbo para el ahorro, constituyen ciertamente condiciones muy eficaces para el aumento progresivo de las afecciones mentales que se observan en todas partes.

Cuando á estas causas se pueden agregar, por ejemplo las determinadas por la existencia de ciertos desastres sociales, como los que entrañan las guerras, las grandes epidemias, etc., cual ha acontecido

precisamente en la Isla de Cuba es lo lógico que se anote este crecimiento de afectos cerebrales á que aludimos.

Pues bien, allí donde todo se ha conmovido tan profundamente, donde familias enteras han desaparecido, donde todos los hogares se han perturbado por motivos muy diversos, donde fortunas enteras han venido á tierra, allí, repetimos, resulta ligeramente aumentada la línea indicadora del crecimiento de la locura.

Véanse estas cifras:

En Diciembre de 1893 había en el Asilo de Enagenados, 1,052 locos de todas clases, razas y sexos, procedentes de las diversas provincias de la Isla. La población total de Cuba era entonces de poco más de 1.631,687 habitantes, que representa una más que modesta proporción de locos: un cero enteros 69 por cada mil habitantes.

En Diciembre 31 de 1902, había en el mismo Manicomio 1.093 enfermos, cifra que tiene muy poca diferencia con la anterior considerada frente á la población de 1.572,797 habitantes, y así mismo considerada en su aumento y frente á la de 1896, pues ofrece *diez y siete* niños, que antes no se admitían en el Manicomio. Las cifras respectivas, pues, de una y otra época, tratándose de personas adultas, sería de 1,052 y 1.076.

Bien sabemos, que en el Asilo de locos, no están todos los enfermos de esta clase que existen en aquella isla; bien conocemos así mismo que en la Sala de Observación del Hospital n.° 1 donde van hoy antes de ser ingresados en «Mazorra», existen 51; también sabemos que pudieran contarse unos 20 enfermos de esta clase, en las casas de Salud ó sanatorios particulares de la «Quinta del Rey», de la «Purísima Concepción», de «Covadonga» y del «Centro Gallego» que fundadamente, sólo pudieran anotarse unos cien enfermos asistidos en hogares privados de la ciudad de la Habana, y que aun siendo pródigos, no pudiéramos anotar más de cincuenta ó sesenta, repartidos en las demás provincias, donde se carece de hospitales especiales ó de lugares oficiales de observación para presuntos enajenados. Pues bien, esto aceptado, obtendríamos:

1.093	alienados en «Mazorra»	
100	—	en los hogares de la Habana.
60	—	en las otras provincias.
51	—	en el Hospital núm. 1.
20	—	en los Sanatorios.
1.324		

Todos suman 1.324, con una cantidad de población representado por

la cifra de 1.572,797 habitantes, lo que da una proporción de 0,84 por mil, procurando, por tanto, una cifra muy reducida, muy ciertamente merecedora de especial mención. Y de ningún modo es esta cifra depresiva para Cuba, pues que bien sabemos entraña un error esa vociferada ley de que, á una mayor ilustración y progreso de los pueblos corresponde un número más crecido de afectos cerebrales. No. Las dificultades de la existencia moderna, las corruptelas más frecuentes, las infracciones más repetidas á la moral y á la higiene, etc., son los factores que están en armonía con el agobio rebajando las resistencias, y por tanto, determinando el crecimiento ofrecido por las enfermedades que nos ocupan.

El número total de locos observados en la isla de Cuba ha sido siempre apreciable y marcadamente mayor que el de las *locas*, en lo que se refiere á la *raza blanca*. Es de señalarse que no ha parecido obedecer á regularidad alguna, sino por el contrario, ha presentado variantes tan grandes como las que se pueden contemplar en las cifras que copio, tan solo de cada par de años, de la población de la casa de locos:

En el	año	1882	existían	145	hombres,	por	28	mujeres.
»	»	1884	»	89	»	»	32	»
»	»	1886	»	78	»	»	23	»
»	»	1888	»	36	»	»	3	»
»	»	1900	»	331	»	»	325	»
»	»	1902	»	611	»	»	482	»

Por el estudio de múltiples datos estadísticos se puede llegar á la conclusión de que ésta desigualdad viene atenuáandose un tanto, á virtud de su consideración frente á las cifras de las admisiones, como parece acontecer en los Asilos de locos de todas partes. Las mujeres y los hombres ofrecen, por tanto, menores diferencias que las anotadas. Las cifras de los dos últimos años que anotamos son buen ejemplo de ello. Y este hecho parece una cosa muy natural, porque la población estable, la permanente de los Asilos, con el rodar del tiempo, es natural que sufra cierta reducción, principalmente en el número constituído por los sujetos del sexo masculino. Sin embargo, en Cuba parece que esto no tiene lugar. En la raza blanca existe una proporción, á la luz del censo de 1902, de un *varón blanco* por 1,18 *hembra blanca*; esto es considerando en conjunto todos los habitantes de aquella isla. ¿Porqué esta proporción inversa tratándose de sujetos afectados de enagenación mental?

En casi todos los asilos de Francia, por ejemplo, se puede observar el mayor número de alienados, pero solo en orden á las *admisiones* de

los enfermos. Después, en el curso de los años, se va regulando la población, y la *permanente* de los establecimientos de alienados vienen aproximándose á estas cifras: 135 mujeres por cada 100 hombres. No cuesta mucho trabajo buscar el porqué de esta modificación de factores, que primeramente parece procurada por la menor frecuencia y menor gravedad de las enfermedades que generalmente sufren las mujeres. Después los procesos morbosos que ellas padecen afectan comunmente una más dilatada evolución. Tienen también de ordinario una resistencia mayor que el hombre frente á todas las enfermedades. Mientras el hombre sucumbe á menudo á procesos agudos, á intercurrencias en el curso de sus mentopatías, la mujer va librándose mejor de estos perjuicios.

El hombre es además un factor social de más utilidad qúe la mujer, y esto hace que sea con más presteza extraído de las mansiones que la caridad y la filantropía ofrecen á la humanidad desventurada, á donde, por el contrario, van aumentando, van quedando los factores menos utilitarios.

En orden á los *blancos* naturales del país, compulsadas las estadísticas, resulta que los hombres ordinariamente ofrecen un número algo cercano al doble del que representan las mujeres.

Esta misma proporción entre los sujetos de naturalidad española, ha sido muy diferente, llegando á ser de 8 á 10 veces mayor en favor de los hombres. Pero tal circunstancia también se ajusta á otra condicional, la de la armoníá de la población española, cosa que corroboraba perfectamente también el de ser las provincias del Norte de España—que siempre ofrecían un mayor contingente inmigratorio—las que resultaban en mucho mayor número castigados por los afectos cerebrales.

A través del tiempo y de los acontecimientos en Cuba ocurridos, estas estimaciones no aparecen modificadas visiblemente. En el Hospital núm. 1, los 51 sujetos que sufren observación se descomponen en 28 hombres y 23 mujeres. De las personas que acuden ó son llevadas á nuestra consultas, tenemos casi exactamente *tres veces y media* más en hombres que en mujeres. Apreciación igual á las que, como sumando total, formulamos á través de los datos obtenidos hasta el año de 1900.

—

Varía completamente èste natural orden de hechos en cuanto se refiera á la *raza de color*, en la que forman los negros con los pardos ó mestizos, sumándolos nosotros con la citada apreciación de *personas de color*. Las mujeres de la clase de color, principalmente constituídas

por negras, ofrecen siempre un muy marcado aumento con relación á los varones de la misma clase.

En los dos ó tres últimos años parece haber disminuído esta proporción. Ya esto resulta en mejor armonía con la que ofrece la población total, que evidencia hembra de color por 1,12 varón de la misma clase.

¿Podrá invocarse aquí una menor resistencia que ofreciera el sexo? Si en Cuba es cierto como en todas partes que en la *raza blanca* existe la natural diferencia de sexos en atención á la *lucha directa* por la existencia que el hombre es ley que la realice, no parece que pueda pensarse lo mismo con la *raza de color*. Tanto el hombre como la mujer de esta clase es general que libren personalmente su subsistencia. En los antiguos ingenios ó fincas azucareras existía lo que se llamaba la *dotación*, compuesta de seres de uno y otro sexo, sin distingos, sin distingos principalmente para el trabajo, pues todas las operaciones duras del corte de caña, alzada á la carreta, limpieza de cañaverales, chapeo, siembra, extensión de bagazo, cuidado de la boyada, conducción de los sacos de azúcar, etc., todo, todo lo hacían por igual los de uno y otro sexo. Esto se ha suavizado, si se quiere, un poco en los alrededores de las ciudades, de la Habana principalmente, pero sigue manteniéndose con persistente igualdad én otros grandes centros azucareros ó de agricultura en general.

La explicación, pues, pudiera estar en otra parte: quizás pese en este sentido el hecho de ser las mujeres de la raza de color en Cuba las que más se entregan al libertinaje, á la prostitución y á todos los abusos sexuales, á que también se lanzan muy anticipadamente.

Ellas constituyen la carne de cañón de la crápula de todas las ciudades; ellas están prematuramente más expuestas á los apetitos carnales; son corrientemente las personas menos acogidas á las bondades de la higiene y de una existencia regulada; son, del mismo modo, las menos abiertas á la moral y al tranquilo goce del hogar; por instinto parecen seducidas por lo accidentado y el azar; ofreciendo á diario gestaciones repetidas, que no saben á quién atribuir, y sufriendo, por tanto, el abandono de los conquistadores. En períodos de gestación muy avanzados, dentro, á veces, de la puerilidad misma, tienen que seguir librando el pan de sus hijos, que crecen harapientos y enfermizos, acogidos en cuartuchos sin luz, sin capacidad, sin higiene alguna, dentro mismo de la escuela del concubinato, presenciando á veces el ayuntamiento carnal de sus progenitores. En esa escuela se van sumando los seres á través de embarazos inacabables, que se alcanzan

los unos á los otros. Las hermanes mayores, las tías ó las hijastras sucediendo á las madres en esta misma y desvergonzada labor.

—

Los asiáticos ofrecen en Cuba un contingente pobre, en relación con los procesos mentales.

Ante el censo de 1887, que daba una existencia de 4.637 chinos en la ciudad de la Habana, de los cuales únicamente 24 eran mujeres, se tenía en la Casa de locos un contingente entre 60 y 70. Hoy, que el censo acusa 14.614 para toda la República, sólo se cuentan 29. En Diciembre de 1901 sólo había 24, que es la existencia más pequeña que conocemos. Frente al último censo esta cifra representa un 16,20 por 10.000 habitantes.

Ellos, corrientemente, no ofrecen más que psícosis de formas depresivas. Muy á menudo el estupor melancólico. En su marcha estos procesos evidencian una desesperante lentitud, y muy pronto entran en la incurabilidad. Buenos ejemplos de psícosis, procuradas por los abusos de fumar el jugo impuro de la adormidera *(papaver somniferum)* hemos observado en sujetos de esta raza.

La degeneración saliente, que generalmente ofrecen, el celibatismo que los lleva á la masturbación y á la sodomía, sus insuficiencias alimenticias y sus faltas persistentes á la higiene parece que los preparan bien para la saliente languidez de sus alteraciones mentales. Como también los preparan para los procesos infecciosos, la tuberculósis, etc., que hace en ellos muchas víctimas.

Ha sido muy raro anotar en los chinos, ejemplos de insomnio un poco persistente. Por excepción conocíamos en ellos actividad delirante, expresada. No hemos visto ni un sólo caso de delirio sistematizado, de locura crónica progresiva—como tampoco un sólo caso de epilepsia ó de trastornos mentales ligados al mal comitialis.

—

En orden á *pronóstico* y á cifras de *curación* de la locura ocurre en la isla de Cuba lo que en todas partes.

Se modifican sus cifras á virtud de la intervención de los mismos factores, que juegan y se estiman de modo general y corriente en la ciencia.

Debe citarse la lentitud evolutiva, que como ley general sufren los procesos psicopáticos. Las formas depresivas sobre todo son marcadamente prolongadas. Es corriente que una forma aguda ó subaguda de un estado maniaco, obtenga su curación sobre el 4.° ó 6.° mes y aun sobre el 8.°, 10.° ó 11.°

Las melancolías requieren un año á veces ó más, para comenzar á

presentar esas fases de remisiones que las van acercando á las curaciones.

—

Cual acontece y se considera como ley en todas partes, ocurre también en Cuba, que de las formas expresivas de psicopatias primitivas, las manías y las melancolías, son así mismo las formas mentales más frecuentemente observadas. Del mismo modo son ellas las que procuran un más crecido número de curaciones.

—

Analizadas cuidadosamente variadas estadísticas, creemos que en orden á frecuencia, podemos afirmar un más apreciable número de casos de locura sistematizada crónica ó de delirio crónico progresivo, en estos tres ó cuatro últimos años. Esta forma de perturbación mental representa como un 10 por 100, en relación con las otras formas psíquicas. Es mucho más susceptible de padecerlas el hombre que la mujer.

—

Muy apreciable crecimiento parecen ofrecer los variados *estados mentales de los degenerados*, ó las formas de la locura degenerativa, que corresponden al grupo de alienaciones constitucionales. Se explica perfectamente que ocurra al igual en todas partes, porque depende directamente del mejor conocimiento que hoy se tiene de todas estas situaciones en que tanto se ha progresado recientemente.

Las variedades que allí se ofrecen son también muy numerosas. Las consultas privadas de los que hacemos especialidad en Cuba, nos brindan numerosos ejemplos de sus muchas variedades.

A este propósito creemos deber agregar que en la Gran Antilla no tenemos constancia seria de la existencia, de lo que se ha llamado *locura circular*. Siempre ha sido eso para nosotros una entidad imaginaria. Como así también, la *locura periódica*, la *locura intermitente*, etcétera, pues á nuestro ver, todo ello se encuentra constituído por *estados degenerativos*, variados. Resultan fases episódicas de la *degeneración mental*.

Algo idéntico pudiéramos también expresar acerca de lo que se llama *psicosis puerperal*, que no podemos entender sea entidad nosológica, tanto menos cuanto hubimos de conocer á este respecto las ideas del ilustre profesor Magnan, de Gilbert-Ballen, y de Toulouse.

De parecido modo debiéramos expresarnos también en lo relativo á la *locura palúdica*. Allí, en la Isla de Cuba donde tantas formas, complicaciones y accidentes de la infección palúdica hemos observado; allí donde disponíamos de excelente y abundante material: allí donde tuvi-

mos siempre expresiones activas á menudo graves del paludismo, aun en la misma casa de locos, no tenemos conciencia de que existiera nunca lo que se dió en llamar *psicosis palúdica.* Ningún médico de renombre la ha señalado nunca. Ningún especialista le ha dado carta de naturaleza.

No hay en todo esto, señores, de *locura palúdica*, como de *locura intermitente*, de *circular*, de *puerperal*, etc., más que el poder, la acción de ciertos factores, ejerciendo influencia sobre un escenario morboso. En lo que á una ú otra cosa se refiere, puede que sólo exista alguna forma aguda de un delirio tóxico ó del delirio infeccioso de Klippel; no hay, en una palabra, más ni otra cosa que la *herencia*, la *predisposición*, el *alcoholismo*, las *infecciones*, las *intoxicaciones* ó *auto-infecciones*, ó *auto-intoxicaciones*, factores etiológicos que ejercitan su acción aprovechando diversas oportunidades morbosas, lo mismo que resulta para las psicosis *post-operatorias*. Sólo habría entidad morbosa en todos estos casos para esos espíritus cautivos de novedades ó para aquellos que gustan de recreaciones imaginativas.

¿Recordáis la *ovario-manía*, la *útero-manía*, la *locura de la manstur-bación*, la de la *vejez*, la de la *juventud*, la de los *recluídos*, etc.? Pues todo esto forma un conjunto representativo ante la historia de los esfuerzos de nuestros médicos antecesores á nosotros, pero cuya interpretación de hoy está muy distanciada de las ideas que primeramente representaron.

—

Nada nuevo, nada de particular, creemos tener que exponer en orden á las *psicosis histéricas* y *epilépticas* que observamos en Cuba. Nada tiene que anotarse allí que no se observe al igual que en todas partes.

—

Las formas confirmadas de *locura alcohólica*, parece, á primera vista, increible, que presenten en Cuba un reducido números de casos, allí donde se consume crecida cantidad de bebidas alcohólicas.—Observamos sí, infinidad de sujetos portadores de estados alucinatorios los más variados, ligados ó no á otras perturbaciones imputables al abuso de las bebidas. Pero estos sujetos no llegan, por lo general, al Manicomio, aunque nutran fuertemente nuestras consultas particulares. Este núcleo, por lo común, lo constituyen el elemento comercial y observamos en él muchas curaciones.

El bebedor consuetudinario, ayudado sin duda por el clima, suele pagar caro su funesto hábito, resultando víctima de procesos agudos que interrumpen por decirlo así, la constitución de las situaciones psí-

copáticas. Por eso aparece un número reducido en los manicomios. Más de un diez por ciento de curaciones puede asegurarse que se observan en la locura alcohólica.

—

Contra lo que á primera vista pudiera creerse, las afecciones cerebrales orgánicas, no se observan con frecuencia en aquella República. Los estados demenciales, ya primitivos, ya consecutivos á otras formas de psicosis, son los que parecen ofrecer un mayor número de estas sitnaciones. Y tanto, que constituyen en épocas regulares, moneda corriente, en el Manicomio oficial, el crecido contingente de estos casos, constituyendo ejemplos verdaderos de longevidad. Hoy su número es muy reducido, porque es claro, estos desgraciados enfermos, ante los procesos agudos intercurrentes ó contagiosos que sufren tienen fácilmente que sucumbir orgánicamente lesionados, minados, sin duda, en los elementos fundamentales de defensa, resultan, á la luz de las experiencias de Charrin y de Nietis, prontamente vencidos.

—

Debemos llamar muy particularmente la atención, en esta oportunidad, acerca de la poca frecuencia con que se observa en Cuba la parálisis general ó la *Psícosis parálitica.*

Siendo esta afección un padecimiento mental *muy frecuente*, al decir de Hammond, ocupando la cuarta parte de los enajenados varones en los establecimientos de alienados, según las frases de Legrand du Saulle; debiendo presentarse un caso de esta enfermedad por cada cuatro ó cinco enfermos, según la estimación pronunciada por el profesor B. Ball, es verdaderamente extraño que en Cuba ocurra precisamente lo contrario; y no en un año, ni en una pequeña época determinada, sino que así viene ocurriendo desde hace muy remota fecha. Desde la época del primer Médico-Director que tuvo la casa de locos, el Dr. José Joaquín Muñoz, que señaló y se anotó por él este hecho. Ocurría ello en el año de 1863. Por todos los que en estos asuntos se han ocupado después, por nosotros en 1890 en el Congreso Médico regional cubano, se ha señalado así mismo esta rareza. En los Sanatorios Privados, en los Asilos todos de enfermos, sea de hombres ó de mujeres, no se hace más que confirmar esta apreciación.

Las conjeturas variadas que formulamos acerca de esta rareza, resultaban posteriormente un tanto modificadas á tenor de datos que estamos aún reuniendo. Nos referimos al factor etiológico sífilis, como la condición más seriamente eficaz para conducir é esa terrible afección cerebral, que tan alto ha colocado los nombres de Calmeil y de Bayle.

Así se explica satisfactoriamente, el hecho siempre evidenciado de que la mayor frecuencia de la psicosis paralítica resulte en los centros populosos. Así se explica que ésta haya sido observada por todos los autores y que en los asilos de Paris se note tan claramente con relación á los situados en las campiñas. Así elocuentemente lo ha probado con su memoria acerca del asilo departamental de Bonneval, cerca de París, el Dr. Camuset, que refiriéndose á un período de diez años, desde 1883 á 1892, inclusives, solo da cuenta de 64 hombres y de 12 mujeres con locura paralítica, lo que trae poco más de siete atacados, cifra que se aproxima y que en muchos años es menor que la ofrecida por la Isla de Cuba.

Así nos podemos dar cuenta también de la rareza de esta afección en la mujer, muy marcada en nuestro país, mucho menos expuesta que el hombre á la influencia sifilítica y de vida genital más restringida.

En quince años de servicios en el asilo Mazorra, notamos que el número de casos de esta dolencia recaía preferentemente en inmigrantes, en sujetos españoles, gente del comercio y militares, que por la clase de vida errante, libre, ó cuyo estado célibe los acerca tanto á la infección sifilítica. Los casos que observamos en 1894 á 1900, en militares, comerciantes y empleados españoles, en que completamos los datos probatorios, no permiten duda de ninguna clase.

La tésis del Dr. Caboureau, de 1901, sanciona nuestras estimaciones. Hermosas y elocuentes son las cifras que toma del Dr. Carriere, que estudia «la frecuencia relativa de la psicosis paralítica en los seglares y en los religiosos». Parecen apoyar también estas afirmaciones los estudios modernos relativos al cito-diagnóstico de la parálisis general, pues un investigador, un acreditado profesor, en la Sociedad médico-psicológica francesa, en Julio de 1902, ha hecho notar que la presencia de linfocitos en el líquido céfalo-raquidiano, se encuentra también en todas las encefalopatias sifilíticas, sin entrañarse por ello, que todas estas situaciones morbosas terminen por la parálisis general.

Discussion:

Mr. MIGUEL BOMBARDA (Lisboa): Il faut savoir ce que M. López entend par *psychose palustre*, qu'il nie. Si c'est une forme spéciale de folie, produite par l'impaludisme et inconnue en dehors de cette infection,—non, il n'y a pas de psychose palustre. Mais s'il admet cette désignation pour des cas de confusion mentale commune produite par

l'impaludisme, comme ils pourraient être produits par la grippe ou par le paupérium, alors, l'existence d'une *psychose palustre* est en dehors de toute contestation.

THE GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF LUNACY IN ENGLAND, SCOTLAND AND IRELAND (URBS ET RUS).

The effect of migration and emigration of the population, and the mortality under 5 years of age (avec cartes graphiques).

par Mr. J. F. SUTHERLAND (Edinburgh).

The geographical distribution of the lunacy of a country may most opportunely be considered as soon as possible after the enumeration or census has been taken by Government Departments. The statistics furnished in this way are the most reliable and complete.

Two years ago (1901) that enumeration was made for Great Britain and Ireland with a population of 41 millions residing, *urbe, oppido, et rure*, and engaged in pastoral, mining, and industrial pursuits. It will be seen (V. Appendix A) that the ratios of insane per 10,000 of population for England, Scotland and Ireland were respectively 40, 45 and 56. The maximum ratios for an English County was 63, the minimum 23; for a Scottish County 84 and 29; and for an Irish 96 and 30.

The considerable difference between the ratios for the three countries, and the still more remarkable differences between the extremes of each country are suggestive. It may be asked why Ireland's lunacy should be 15 °/₀ greater than Scotland's, and 28 than England's? And the explanations which are forthcoming for these differences in the three Countries as a whole will turn out to be true in a striking manner when the parts of each of the three countries are contrasted (V. Appendix B, et Cartes Graphiques).

The distribution of lunacy in Great Britain and Ireland is somewhat analogous to what is found in most European countries, and perhaps attributable to the same causes viz:—1st, the emigration of a large proportion of the healthy manhood of European countries to North and South America, and to Australasia, and 2nd, the migration of a still larger proportion of the manhood, and womanhood from rural to urban areas in obedience to the inexorable economic laws of our times.

In this connection I may observe that the dolico-cephalic Teutonic and Iberian races have shown a preference for urban life. As a rule it is the fittest who migrate.

One result of the operation of these two forces, migration and emigration, is that the marriage rate, and as a consequence the birth-rate are declining in the rural districts just as the population as a whole in such areas is either stationary or declining. Another result is that the weak and sickly products of the birth rate both mental and physical, are left behind, and that sexual selection is so restricted that the heredity phase of insanity is of necessity accentuated in rural areas.

Add to these two forces constantly in operation another and striking one, viz: the death rate under 5 years of age which in urban and industrial areas is double, treble, and even quadruple that of rural areas, and there is to hand ample explanation of ratios of insane to population as widely apart as 30 and 90 per 10,000 in the same country. This enormous infant mortality in urban areas, suggestive of a ghastly necatomb to the conditions of modern life as the effect of removing thousands of lives, which if they had not succumbed to urban insanitary environments, to neglect, and to the exanthematous diseases under present conditions incidental to and inseparable from city life we have swelled the total, and given much higher ratios for urban areas than are revealed by the statistics I submit or by the graphic charts which I exhibit.

Assuming as I have done in the *precis* of my contribution the proposition that given large areas of a country whether urban or rural, and given large populations, the productivity of lunacy will not vary except within very narrow limits unless it can be shown, that special agencies are at work in one, and not in another. The acceptance of a proposition such as this it will be admitted, is necessary.

No doubt such specially productive agencies exist and are at work but they are at work, strangely enough, in localites where the lunacy ratio is found to be lowest. In urban areas such potent factors as alcohol and syphilis leading to general paralysis of the insane, dementia, and mania, and the stress and strain of life are constantly and actively at work. In rural areas on the other hand there are so far as I know, no counterbalancing productive forces, and consequently one would naturally look for much lower ratios there. It should be said that the only special cause in rural districts, and it is a cause not to be compared for a moment in potency with alcohol, syphilis, stress, &c, is the restriction of sexual selection following the migration dan

emigration constantly occurring in stationary or declining populations.

But the statistics show quite the reverse of what one would expect and that to a remarkable extent.

The explanation of these enormous ratio differences is to be found inthe abnormally high child mortalities in urban areas compared with rural.

Thus in England in the Liverpool and Manchester urban areas the ratio of insanity is 35 per 10,000 of population while the mortality ratio under 5 is 86; in the Birminghrn urban area it is 34 and 73 respectivcly, and in the Newcastle urban area 26 and 85. But in a large rural area of England the figures are reversed being 55 insane per 10,000 of population and 43 per 10,000 deaths under 5.

In Wales (pays de Galles) in the Cardiff urban area the insanity is 28, the mortality under 5 being 80, while in rural Wales the figures respectively are 32 and 46.

In Ireland in the Dublin and Belfast urban areas the lunacy ratio is 32, the death rate under 5, 71; while in rural Ireland, the figures are reversed being 66 and 30 respectively.

In Scotland with which I am more familiar it will be found that in the Glasgow and Edinburgh urban area s. the ratio of insanity per 10,000 is 35 while the death rate under 5 is 85 per 10,000. Again in rural and insular Scotland (one half) the insanity rates is 75, and the death rate under 5 is only 21.

These figure call for reflection. At a glance it will be seen that where this mortality is high, the lunacy ratio is low, and conversely where this mortatily is low the lunacy ratio is high. Remarkable extremes are met with both in regard to lunacy ratios and mortalities under 5, but by levelling up or down the death rates under 5, when comparing the lunacy of urban with rural areas, a very different complexion is given to the figures, and the extremes referred to approximate very considerably. This method of adjustment seems perfectly fair if anything like the truth is to be arrived at. If a population such as that of which I am treating has got in its midst 40 to 50 insane per 10,000 of population, and that the survival of the fit means such a sacrifice of infant life, it may be accepted without much disputation that the thousands under 5 years of age decimated annualy in cities by exanthematous disease, by neglect, bad nursing, and injudicious dieting would have contributed as their quota of insane 60 to 70 per 10,000, for there is no gain saying the fact that it is the imbecile as well as the physical weaklings of the birth rate who most rea-

dily succumb to unfavourable environments. The law of «natural selection» may explain a good deal, but into that I cannot enter.

I cannot close this statement without referring to the widening portals to certification and to lunacy registers, and to institutions in every country in Europe. Seeing there is no scientific definition of insanity, as there is none of sanaty, the widening *entrée* is not surprising, and as a consequence cases of degeneracy, senility, vesania we readily find their way official registers. But there is an everyday workable defition of lunacy. The more presence of hallucinations, delusions and illusions brings no one within the four corners of Acts ol Parliament. It is only when these after all govern conduct, which is the safest test, in such a way as to lead to actions noxious and injurious to seff, to the lieges, and to property that the law intervenes, and gives its protection to all three.

APPENDIX.—A

	Population 1901.	Les alienés.	Proportion par 10.000 de la popul.
Angleterre	32.526,000	132,640	40
Ecosse	4.472,000	20,000	45
Irlande	4.456,500	25,000	56
	41.454,500	177,640	43

APPENDIX B

La folie, et la mortalité pendant cinq ans par 10.000 de la population.

URBE ET RURE

	Les districts Urbains et industriels	Les districts Ruraux.	Population.	Les alienés.	Proportion des aliénés par 10.000 de la popul.....	Mortalité pendant 5 ans par 10.000 de la population....
Angleterre.	Londres...		8.030,500	37.230	45	65
	Liverpool..		4.380,780	16.000	35	86
	Birminghan		3.066,700	11.760	34	73
	Leeds.....		3.591,100	11.050	30	70
	Newcastle..		1.790,180	4.780	26	85
		Rural.	1.892,600	8.265	55	43
Pays de Galles.......	Cardiff....		860,020	2.417	28	80
		Rural.	860,590	2.667	32	46
Écosse.....	Glasgow...		1.930,230	6.830	35	85
		Rural.	352,560	2.640	75	21
Irlande....	Dublin. Belfast.		908,500	3.164	32	71
		Rural.	1.075,070	7.080	66	30

Discussion

Mr. MIGUEL BOMBARDA (Lisboa): Ce résultat inattendu d'un plus grand pourcentage d'aliénation mentale dans la campagne, s'il embrasse les folies congénitales, idiotie, épilepsie etc., peut être interprété au moyen des données démographiques. On sait en effet que les différents éléments démographiques présentent dans les districts ruraux une infériorité numérique remarquable (mortalité, natalité nuptialité), à l'exception de la mortinatalité. Cela veut dire qu'il y a pour la femme campagnarde des conditions (excès de travail?) qui contrarient l'évolution normale du fœtus d'où une plus grande quantité de morts nés. Or, ne peut-on pas penser que ces mêmes conditions doivent agir sur la gestation en sorte que l'évolution fétale soit déviée et partant qu'elles produisent le développement d'organes anormaux, tératologiques? Et l'on sait que l'idiotie, l'épilepsie, et toutes les folies congénitales ne sont autre chose que des tératologies cérébrales.

Mr. SUTHERLAND: Agradezco mucho la acojida que ustedes han dado á mi comunicación. Me alegro de que haya dado lugar á una discusión en que hán estado conformes en gran parte mis compañeros.

CÓNTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS PSICÓPATIAS LLAMADAS DE LA PUBERTAD Y ESPECIALMENTE DE LA DEMENCIA PRECÓZ

por el Dr. ANTONIO RODRIGUEZ MORINI (Barcelona).

I

¿Existen psicopatias de la pubertad? ¿La entrada en la edad púber, que determina en el organismo cambios anatómicos y fisiológicos de tanta consideración, imprime modificaciones especiales en las enfermedades mentales que se observan en dicho período de la vida?

En términos más concretos: ¿Podemos aceptar entidades nosológicas psicopáticas propias de la pubertad ó bien vesanias comunes provocadas por la edad púber?

Estas preguntas, que entrañan tanta importancia en Patología mental, fueron formuladas por Voisin, Marro, Regis, Ziehen, Cullerre, Pons, Benedikt, Trénel y Gilbert Ballet, en las sesiones celebradas por la Sección de Psiquiatria del último Congreso Internacional de Medicina de París (1900), sin que á pesar de los luminosos trabajos allí leídos y de la amplia discusión que originaron las mismas pudiera quedar el asunto completamente resuelto; pues mientras algunos de dichos alienistas afirmaban la existencia de psicopatías especiales propias de la pubertad, con caracteres definidos y con evolución determinada, la mayoría de ellos negaban en absoluto que se pudieran admitir tales especies nosológicas y sostenían, por el contrario, que durante el convencional y mal determinado período de la pubertad, se observan las mismas formas de enfermedades mentales que en los demás períodos de la vida, sin que la edad púber imprimiese á las mismas más que ligeras modificaciones de modalidad sintomática, que no podían alterar ni la evolución ni la terminación de las dolencias, influyendo á lo más en la significación del pronóstico, que resultaba tanto más grave cuanto más prematura era la aparición de la vesania.

Recuerdo perfectamente que las discusiones fueron muy animadas y que no hubo acuerdo, ni era posible que lo hubiese, dada la disparidad de las opiniones que se sustentaban, y como con posterioridad se ha vuelto á tratar la misma cuestión, aunque en diversa forma, á propósito de los últimos trabajos publicados en Alemania, Francia é Italia sobre la importancia de la *demencia precoz* en el terreno de la etiología y del pronóstico de las enfermedades mentales que se desarrollan durante el período de la pubertad y de la adolescencia, creo de oportunidad volver sobre este asunto, de tanta trascendencia en patología mental, por medio de estas breves notas que tengo el honor de presentar al XIV Congreso internacional de Medicina, aportando de este modo un pequeño grano de arena para la construcción—felizmente adelantada—del grandioso edificio de la Psiquiatria moderna.

No me falta material clínico de estudio para contribuir á este fin, pues el Manicomio de San Baudilio de Llobregan, donde ejerzo la dirección facultativa, cuenta con la población vesánica más numerosa de España (1400 alienados de ambos sexos por término medio), y en ella pueden observarse toda clase de enfermedades de la mente en sujetos de todas las edades, desde cuatro á ochenta años y de todas las condiciones sociales.

Pero en España, por mi desgracia, han de estar los trabajos de esta índole basados únicamente en la observación que se deriva de la clínica, sin que por falta de medios de experimentación, y hasta me atre-

veré á decir de suficiente altura científica, podamos—hablo en términos generales—apoyar nuestros estudios en las prácticas del laboratorio y de las salas de autopsia. Es una deficiencia que perjudica indudablemente á los médicos españoles en el mercado internacional de la Ciencia y que resta autoridad á nuestras afirmaciones al compararlas con las de los autores de otros países más afortunados que el nuestro respecto al particular.

Claro está que existen escepciones á esta regla general, escepciones que son tanto más de admirar cuanto son más escasas y cuanto dependen siempre de la iniciativa particular. La figura de Cajal se destacará perdurablemente con gran relieve entre los hombres de ciencia, siendo precisamente sus estudios sobre la histología del sistema nervioso, uno de sus mejores timbres de gloria.

II

¿Qué debemos entender por pubertad? ¿A qué edad podemos considerar que empieza este período de la vida, y en qué edad termina?

La confusión que reina entre los autores respecto á esta cuestión es grande todavía, y se comprende que así sea teniendo en cuenta que la aparición de la pubertad varía en grado sumo según la raza, el clima, el sexo, la posición social y las condiciones individuales.

Poniéndonos en un justo medio, podemos decir que en nuestra latitud los signos de la pubertad aparecen generalmente entre los once y los catorce años, y la terminación de este período se verifica entre los diez y nueve y veintiuno, habiendo por lo tanto un espacio de tiempo de ocho á diez años, durante el cual experimenta el organismo las transformaciones físicas é intelectuales que caracterizan esa interesante etapa de la vida.

Pero esa evolución es generalmente lenta y progresiva, por saltos de desarrollo y crecimiento, durando en la mayor parte de individuos un buen número de años.

El Dr. Marro, que ha estudiado concienzudamente esta cuestión, divide la edad puber en tres períodos caracterizados por signos distintos (1).

El primer período, ó de preparación, se distingue por la aparición de las reglas en la mujer y la secreción del líquido espermático en el hombre.

En el segundo período las mamas adquieren ya forma y la pelvis empieza á desarrollarse. Aparecen los primeros pelos en el pubis y en

(1) Antonio Marro: «La Pubertá», Turín, 1898.

la axila, cambia el timbre de la voz y aumenta el volumen de los órganos genitales en el hombre. En la mujer se alargan los grandes labios cubriendo á los pequeños, el útero aumenta el volumen y los ovarios ocupan el lugar definitivo en la pelvis, evidenciándose las vesículas de Graaff. Crecen todos los órganos y con ellos la estatura del individuo.

Durante el tercer período se perfecciona el desenvolvimiento general. Los jóvenes adquieren las formas que caracterizan el sexo, y su inteligencia y sus sentimientos están en relación con el desarrollo de sus órganos cerebrales.

Surge la personalidad que ha de caracterizar á cada individuo, y la mujer, que generalmente se adelanta en dos ó tres años al hombre en la evolución de la pubertad, afirma bien pronto su carácter, y así la vemos honesta, pudorosa, reservada y dócil, ö bien indómita, autoritaria, coqueta y hasta cínica, según los casos. En el hombre no se manifiesta tan pronto la característica de su intelecto, necesitando un período más largo para afirmar su personalidad, que puede ser modificada por los estudios ó por las ocupaciones á que se dedique.

Es precisamente en esta época de la vida, durante la cual el organismo sufre tan gran conmocíón física y psíquica, en que es más frecuete el desarrollo de los estados páticos de la mente. En efecto, las estadísticas demuestran que en los Manicomios, por lo menos en los de nuestro país, la edad púber coincide ó es causa de muchas psicopatías que hasta entonces permanecían como en estado latente. En el Manicomio de San Baudilio, existen actualmente 80 alienados cuyas edades están comprendidas entre los 11 y 22 años, límites que podemos asignar al período convencional de la pubertad; y aunque algunos de ellos no ofrecen más que signos de escaso desarrollo cerebral, otros en cambio padecen frenopatías, ya puras ó ya lígadas á algún otro trastorno orgánico.

Tiene esto una explicaciún, pues si el cerebro ha de sufrir, en primer término, las excitaciones que la pubertad provoca en el jóven organismo, cualquier causa, por insignificante que sea, ha de tener potenciabilidad suficiente para vulnerar mentes predispuestas, y vemos por lo tanto, producirse accesos de agitación en los idiotas, en los epilépticos, en los histéricos y en los locos morales, accesos que obligan á recluir en los Manicomios á estos sujetos que hasta entonces habían podido permanecer sin peligro en el seno de sus familias.

Al mismo tiempo, como dice muy blen Marro (1), la excitación de los centros excito-motores vasculares y la aparición concomitente de

(1) Marro. Las psicopatías de la pubertad. = Actas de la Sección de Psiquiatría del XIII Congreso internacional de Medicina. París, 1901.

numerosos estados afectivos que hasta entonces no turbaban la inocente severidad de la infancia, tales como los celos, la vanidad, el orgullo, el sentimiento de independencia, acompañados de la falta de reflexión, de la carencia de poderes inhibitorios y de la insuficiente resistencia física, son causas predisponentes del desarrollo precoz de psicopatías, que no se habían podido evidenciar en las edades precedentes.

Tenemos, pues, que en la edad púber se observan numerosas enfermedades mentales, que revistiendo algunas de ellas caracteres particulares, habían de llamar la atención de los frenópatas de todos los paises y principalmento de los de las escuelas alemana é inglesa.

III

Pincl, el verdadero fundador de la Frenopatía, al señalar las causas que pueden determinar la alieneción mental, íncluye entre ellas la pubertad, la menstruación, el embarazo, el parto y la edad crítica (1).

Esquirol (2), afirma que los esfuerzos que hace el organismo de la muger para la aparición de las primeras reglas, pueden ser causa de la locura, lo cual ocurre de un modo análogo en los jóvenes al entrar en la edad de la pubertad.

Marc, asegura que muchas perturbaciones mentales aparecen ordinariamente en la época del desarrollo sexual (3).

Guislain, hace notar que antes de la edad de la pubertad son muy contados los casos de frenopatias, esceptuando el idiotismo y la imbecilidad (4).

Morel, se admira del número escasos de psicopatías que se observan en la juventud; pero al mismo tiempo llama la atención sobre la frecuencia de los suicidios en esta época de la vida, y describe por primera vez la demencia prematura con el nombre de *demencia precoz* considerándola como un estigma de degeneración en niños, hijos de alcohólicos ó de alienados (5).

Los autores franceses no habían hasta entonces creido en la existencia de psicopatías especiales propias de la pubertad, considerando que ésta no obraba más que como una causa poderosa para producir las vesanias.

A los autores alemanes é ingleses, les estaba reservada la descrip-

(1) Pinel. Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental. París 1809,
(2) Esquirol. Las enfermedades mentales, pág, 38. París 1838.
(3) Marc. La locura en sus relaciones con la medicina legal. París 1840.
(4) Lecciones orales sobre la frenopatía; París, 1853.
(5) Morel. Tratado de enfermedades mentales. París, 1860.

ción de una forma especial de alienación mental como exclusión de la pubertad.

Kahlbaum y Heker, en Alemania, fueron los primeros en llamar la atención sobre una psicopatía hasta entonces no conocida, con caracteres propios que bautizan con el nombre de *hebefrenia*, que consideran incurable, de evolución fatal y progresiva, y que colocan al lado de la demencia senil ó parafrenia, constituyendo una entidad nosológica perfectamente definida (1),

Fink, más tarde, establece como carácter propio de la hebefrenia el de la herencia, proclamando que la incurabilidad y la herencia son dos circunstancias que siempre se acompañan y se complementan (2).

Skac y Mandsley, en Inglaterra, aceptan las ideas de Kahlbaum, que sin discusión son asimismo aceptadas por la mayor parte de los frenópatas ingleses y alemanes de aquella época.

Las divergencias que más tarde surgen no afectan al fondo de la entidad nosológica, siendo más bien debidas á la interpretación que algunos autores dan á la cuestión del pronóstico y de la etiología y las nuevas formas que admiten de la singular dolencia.

Schnile y Kraff-Ebing, creen que la enfermedad no es tan frecuente como suponían los autores que primero la describieron, y que el pronóstico no es tan grave, pues admiten la posibilidad de la curación (3).

Kraepelin, Mairet, Clonston, Ball, Wille y Darat-kicwicz, sin negar la existencia de psicopatías propias de la pubertad, antes bien, creyendo que son numerosas las formas que se pueden observar, disienten de las opiniones exclusivistas hasta entonces sustentadas, y combaten la afirmación de Kahlbaum de que la hebrefenia sea siempre de origen hereditario y se desarrolle exclusivamente durante la pubertad. Dan gran importancia á la masturbación *como causa productora de la enfermedad y como elemento de gran significación para establecer el pronóstico.*

En Italia, la mayor parte de los frenópatas, con Venturi, Marro y Seppilli á la cabeza, niegan la existencia de la hebefrenia como única entidad nosológica, y admiten diversas formas de frenopatías como propias de la pubertad, estableciendo grupos nosológicos distintos, correspondientes á los diversos períodos en que dividen la edad púber, si bien conviniendo en que todas ellas ofrecen algunos carac-

(1) Kahlbaum: Die Gruppierung der psijeh. Dantzig 1863. Hecker: Die Heber phrenie. Berlin, 1871.

(2) Fink. Beitrag sur Kentniss (Allgemeine Lectsch sur Psychi. 1880.

(3) Schnile: Traité des maladies mentales.—Kraff-Ebing: Traité clinique et pratiqne des maladies mentales.

teres comunes, que Marro puntualiza diciendo que se distinguen por las alternativas de depresión y de excitación que se observan en su curso, por las intermitencias de las manifestaciones morbosas, por la evolución progresiva de la enfermedad, y por la terminación fatal para la vida intelectual del individuo, que en un período más ó menos largo llega á la demencia.

Más recientemente en Francia, Magnan, Joffroy, Falset, Legrand du Saulle y Voisin, combaten con sólidos argumentos la concepción hebefrénica de Kahlbaum y consideran que esta pretendida entidad nosológica no es más que un estado terminal de psicopatías agudas recayentes en sujetos de grandes antecedentes hereditarios, y en los cuales la evolución de la pubertad no juega más que un papel secundario.

Admiten, sí, una demencia precoz en la mayor parte de las enfermedades mentales que se desarrollan durante la edad púber, pero á dicha demencia, que por otra parte puede revestir varias formas, se llega por diferentes caminos, aunque siempre teniendo por punto de partida la herencia morbosa.

A la hebefrenia de Kahlbaum ha venido á sustituir modernamente la *demencia precoz*, descrita por primera vez por Kraepelin, y estudiada últimamente con gran cariño por Mandalari (1), Serieux (2), Seglas (3), Deny y Roy (4); y que si bien no es enfermedad que exclusivamente se desarrolla en la edad de la pubertad ó de la adolescencia, es muy frecuente observarla como subsiguiente á otras formas de psicopatías que han comenzado su evolución en aquellas edades.

IV

Esta rápida ojeada retrospectiva sobre el concepto que á los mentalistas han ido mereciendo las psicopatías llamadas de la pubertad, nos demuestra palmariamente que en la clínica no podemos admitir una identidad morbosa como propia y exclusiva de la pubertad, y esta puede ser una causa determinante de distintas psicopatías, pero de ninguna manera de una sola forma determinada.

Es sin embargo innegable que esta etapa de la vida, con sus violencias de desarrollo orgánico y con sus continuas excitaciones de las

(1) Mandalari: Studio clinico sulle cose della demenza precoce, Nápoles, 1901.
(2) Serieux: La démence précoce, Revue de Psychiatrie, 1902.
(3) Seglas: Démence précoce et exatonie. Novo Jenogra de la Salpetrière, 1902.
(4) Deny et Roy: La démence précoce, Baillière, Paris 1903.

funciones cerebro-espinales, puede revestir á las enfermedades mentales que se desarrollan durante la misma, de un carácter especial, de un color local particular, que haya hecho creer la existencia de especies nosológicas distintas á las que observan en otras edades.

La hebefrenia tuvo indudablemente su valor, y cumplió un gran fin en la época en que fué concebida; pero hoy, que merced á los asombrosos progresos de la psquiatria han podido irse desentrañando cuestiones que aparecían de difícil solución, se ha caído en la cuenta de que durante la pubertad pueden producirse toda clase de desórdenes psíquicos, desde las formas puras y típicas de procesos mentales, hasta las ligadas á las auto-intoxicaciones y á las neurosis, sin olvidar los estados regresivos y los provocados por la degeneración hereditaria.

Esta última, sobre todo, tiene una gran importancia como causa productora de las vesanias de la pubertad. En efecto, no todos los púberes y los adolescentes son fatalmente alienados: es necesario para que se provoque la enfermedad mental que tengan predisposición á la misma, que su cerebro esté en condiciones de delirar, pronto á manifestarse en el mismo, por las menores causas, las perturbaciones funcionales más variadas. Como dice muy bien Renaudin (1), el niño predispuesto nace ya en estado de virtualidad delirante, pero durante la primera infancia su cerebro resiste las impresiones que recibe del exterior; no así más tarde en que un choque moral violento ó una causa cualquiera debilitante durante la epoca de la pubertad, sirven de botafuego para provocar la explosión de la vesania.

La práctica del Manicomio, ejercida durante veinte años, me permite afirmar que en los individuos que ingresan en los establecimientos frenopáticos durante la época de la pubertad, se pueden observar todas las especies nosológicas generalmente admitidas por los autores; pero como algunas de ellas tienen escasa importancia por su poca frecuencia, voy á fijarme en las que más comúnmente he podido observar durante mis siete años de internado en el Manicomio «Nueva Belén» y durante el tiempo que estoy al frente de los facultativos del de San Baudilio de Llobregat.

La *manía* y la *melancolía*, como psicopatías típicas puras, en sus diversas formas, se observan en contado número de casos, y aún es discutible si constituyen entidades perfectamente definidas, ó no son más bien episodios precoces de otros estados más complicados, que en un período más adelantado de la vida se exteriorizarían con todos sus caracteres. Son fugaces en su curso, y el individuo que las ha sufrido queda curado aparentemente por tiempo más ó menos largo.

(1) Renaudin. Estudio médico-psicológico sobre la alienación mental.

Las vesanias combinadas con una neurosis ya son mucho más frecuentes, por ser la edad de la pubertad la más á propósito para la aparición del delirio en los sujetos afectos de un estado neurópatico cualquiera. La *epilepsia* y el *histerismo*, principalmente, son causa de muchos estados vesánicos. En el Manicomio de San Baudilio abundan los locos epilépticos de los dos sexos, ingresando en el Asilo generalmente jóvenes, de los doce á los veintitrés años, cuando se exteriorizan las primeras manifestaciones mentales y resvistiendo distintas formas, desde la paroxistica ya durante el acceso convulsivo, ya en los intérvalos de los mismos, hasta la continua, con todo su cortejo de síntomas; alucinaciones, irritabilidad de carácter, delirio agudo, impulsos, etcétera, etc.

En la estadística que he publicado (1) de la población vesánica albergada en este Manicomio, figuran los locos epilépticos en un 15 por 100, los hombres, y en un 10 por 100, las mujeres, siendo de notar que las dos terceras partes de ellos ingresan en el establecimiento en edad inferior á veintidós años.

El histerismo da también en las mujeres un gran contingente de morbosidad mental (20 por 100), que se caractiza por versatilidad propia de la neurosis.

Los *delirios polimorfos* de los degenerados superiores, así como los delirios sistemátizados que constituyen la paranoya de algunos autores, y que tienen por punto de origen el mismo grado de degeneración, los observamos rara vez durante la pubertad en los Manicomios españoles, sin que esto sea negar que puedan existir en sujetos que no se ha creído necesario recluir.

Abundan indudablemente los desequilibrados ó degenerados con anomalías mentales, que pueden ser el punto de partida de un delirio, constiyendo la inmensa falange de los obsesionados, tan perfectamente estudiado por Morel-Jalvet y Magnan, aunque con nombres completamente distintos.

Todas estas fóbias, todas èstas obsesiones, generalmente conscientes, que así afectan á la esfera de la inteligencia como á la de la voluntad ó la de la sensabilidad y de la moral, y que dan lugar á las formas más variadas de perturbaciones mentales, tienen de común algunos caracteres que Janet y Raymond (2) han creído poder agrupar de la siguiente manera:

a) Obsesión é impulsión-irresistibilidad.
b) Conciencia completa del acto y angustia concomitante.
c) Satisfacción consecutiva.

(1) Revista Frenopática Española, Enero 1903.
(2) Raymond y Janet.—Ideas fijas y neurosis. Paris, 1898.

En Italia, donde también han sido muy bien estudiadas por Morsilli, forman estos estados psíquicos el grupo de las llamadas paranoyas elementales.

La locura circular, á doble forma, intermitente ó periódica, he tenido ocasión de observarla bastantes veces en la edad de la pubertad, presentándose con aspectos distintos, pues en unos casos he visto sólo un acceso de manía ó de melancolía separado de las subsiguientes por un intérvalo más ó menos largo de mentalidad normal, constituyendo el tipo de *locura intermitente periodica*; en otros, he podido presenciar un acceso de manía seguido inmediatamente de otro de melancolía, ó viceversa, dando lugar á la forma discreta por Falvet con el nombre de *locura circular*; y otras veces, por último, me ha sido dable reconocer la *locura alterna ó á doble forma*, de Baillanger, caracterizada por accesos de melancolía y manía alternados, separados por un intervalo lúcido.

Los casos de parálisis general que he podido observar en él Manicomio de San Baudilio en sujetos jóvenes, son tan escasos y difieren tan poco por la sintomatología que presentaron de los que se observan en sujetos adultos, que no vale la pena de mencionarlos especialmente.

Lo mismo puedo decir de los tres ó cuatro casos de confusión mental con estupor, revistiendo la forma catatónica que me ha sido posible observar. Ninguno de ellos se diferenciaba del tipo común descrito por Kahlbaum, y todos tuvieron la significación de ser la primera etapa de un estado regresivo que progresivamente condujo á la demencia precoz.

Hay un grupo de psicopatías, muy frecuentes en la pubertad y que hasta ahora no ha sido lo suficientemente estudiado ni se le ha dado la importancia que en realidad tiene. Me refiero á los estados mentales producidos por una intoxicación, sea de origen externo en forma de veneno, ó sea producto de un tónico elaborado en el mismo organismo.

Dejando aparte las vesanías producidas por el alcohol, por el éter, por la morfina, etc., que en nada se diferencian de las que se observan en otras edades, he de llamar la atención sobre la frecuencia con que en nuestro país vemos estados psicopáticos cuyo punto de partida ha sido una infección tifoidea ó gripal, ó una auto infección producida por retención de productos de desasimilación orgánica ó por fermentaciones gastro-intestinales. En Barcelona, vemos en la práctica particular muy á menudo estos estados mentales, recayendo sobre todo en jóvenes con estigmas de degeneración hereditaria que han sufrido una larga infección ebhertiana.

Pocos de ellos ingresan en el Manicomio por el primer episodio psicopático, pero son muchos los que pasados algunos años, al volver á presentar nuevas perturbaciones mentales agudas, son conducidos al asilo, señalando entonces sus deudos como punto de partida de la enfermedad psíquica que aquejan, la infección que sufrieron en tiempo ya lejano.

Voisin y Regis, que han observado gran número de casos de estas formas psicopáticas, señalan algunos caracteres comunes á todos ellos pudiéndose apreciar generalmente un delirio onírico característico y un estado de confusión mental. En las producidas por la fiebre tifoidea, predomina una amnesia pronunciada y en las debidas á la infección gripal es muy frecuente el estupor (1).

V

Hasta aquí he pasado rápida revista á las psicopatías que, desarrollándose en la edad de la pubertad, no pueden considerarse como exclusivas de la misma.

Queda por estudiar una forma singular, característica, especie psiquiátrica hasta ahora poco conocida y mal definida, y que, sin embargo, tiene tal importancia bajo el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, que sólo puede equipararse al de la parálisis general. Me refiero á la llamada *demencia precoz*.

Recientemente se han publicado valiosos trabajos que han venido á esclarecer muchos puntos nebulosos que existían sobre la patogenia sobre la etiología y hasta sobre el diagnóstico y la terminación de esta especie.

Algunos de ellos los he mencionado anteriormente; ninguno tan completo ni tan conciso á la par como el de P. Serieux.

¿Qué es la demencia precoz? No todos los autores están de acuerdo sobre el concepto nosológico de la enfermedad de Kræpelin. Para unos no es más que la terminación fatal de otras especies morbosas que por diverso camino, pero siempre de un modo progresivo, van á parar á una demencia prematura, que sobreviene generalmente durante la edad de la pubertad, y que en algunos casos sufre un retardo en su aparición, no presentándose hasta la edad adulta. Para otros, los más, constituye una especie nosológica perfectamente definida, sugeta á causas precisas, con sintomatología y curso propio y con episodios psicopáticos múltiples, que á las veces enmascaran la enferme-

(1) Voisin. *Les psicosis de la puberté.*—Actas de la Sección de Psquiatria del XIII Congreso Internacional de Medicina.

dad, haciendo creer en la existencia de otras vesanias que en realidad no son más que fenómenos delirantes accidentales sin importancia en la evolución de la dolencia. De aquí la confusión que ha reinado y todavía reina sobre el diagnóstico de la demencia precoz.

En lo que todos están de acuerdo es en que la herencia y la pubertad son sus principales causas determinantes, y en que el pronóstico es siempre grave para la salud psíquica del individuo, aun en aquellos casos en que se presenta bajo el aspecto más benigno.

Podremos definir la enfermedad diciendo, al igual de Serieux, que es una psicopatía, caracterizada esencialmente por una debilidad mental especial, de curso crónico y progresivo, que se inicia generalmente durante la adolescencia, y que termina en breve tiempo con la abolición de todas las manifestaciones de la actividad psíquica, sin comprometer casi nunca la existencia del individuo.

Dentro de este cuadro esquemático, bastante amplio, caben infinidad de formas con modalidades distintas, pero con fondo idéntico en sus principales síntomas psíquicos y somáticos.

La característica psicológica de la demencia precoz está representada por la poca trabazón y por la debilidad de las imágenes mentales, porque la atención es escasa y vacilante, y porque á la apatía inlectual sucede la perturbación de la reflexión y la sistematización de las ideas, naciendo de ésta la estercotipia del pensamiento, la cual, á su vez, va acompañada de la del lenguaje y de la de los movimientos.

La anatomía patológica de la enfermedad, todavía muy poco conocinda, hace, sin embargo, sospechar que en las neuronas del centro de asociación, si no destruídas por completo, está en ellas casi abolida su actvidad funcional.

Es innegable que la demencia precoz constituye una de las formas psicopáticas más frecuentemente observadas en los manicomios; de ahí también la incurabilidad de la mayor parte de los alienados que ingresan en los asilos. En la Casa de Salud de Ville Evrard, por ejemplo, da un contingente de 14 por 100 en los hombres y de 12 por 100 en las mujeres, y en otros Establecimientos frenopáticos extranjeros la proporción es todavía mayor. En el Manicomio de San Baudilio de Llobregat no es tan considerable afortunadamente, pues á lo sumo llega á 6 por 100 en los hombres y á 5 por 100 en las mujeres, no contando en este número los casos en que la demencia se presentã en época avanzada de la edad adulta. La superior proporción en el sexo masculino confirma la opinión de Skac de que las vesanias que se manifiestan en la pubertad son más graves en el hombre que en la mujer.

Ya he dicho que esta psicopatía puede presentarse bajo diversas

formas, siendo las más caracterizadas aquellas que se diferencian por la manera de comenzar la enfermedad, por la evolución y por los episodios psíquicos que se observan en el curso de la misma.

Por lo que afecta á mi experiencia personal, he podido observar cinco formas determinadas que, en realidad, descartando algunos síntomas, podían quedar reducidas á tres; pero que, siguiendo la opinión de Cullerre, prefiero describir el primer número para no involucrar modalidades clínicas, lo que podría determinar alguna confusión al establecer el diagnóstico.

La modalidad más interesante, la peor definida y la que ha dado lugar á más discusiones, por considerarla algunos autores como una entidad nosológica automática, es la conocida con el nombre de *catatonia.* Se observa con frecuencia en los manicomios, y el síndrome que la caracteriza es de los que más llaman la atención. Suele tener un período prodrómico muy breve, debutando generalmente la enfermedad por accesos de agitación, que muy pronto son sustituídos por un estado estuporoso profundo que puede llegar al éxtasis, con trastornos vaso-motores y con delirio religioso. El estupor adquiere algunas veces la forma cataléptica. En el lenguaje hablado se observan á veces profundas perturbaciones, siendo frecuente el mutismo ó bien la estereotipia, el neologismo, la verbigeración ó el susurro ininteligible. Desaparece generalmente el primer acceso, quedando el sujeto aparentemente curado, pero bien pronto recidiva la afección, pasando entonces al estado crónico y terminando rápidamente en la demencia, que en esta forma constituye uno de los casos más típicos de precocidad. No es raro observar que una enfermedad intermitente cualquiera acabe pronto con la vida del individuo.

La segunda forma de demencia precoz, no tan frecuente como la anterior, no tan característica, y en la cual no se manifiestan tan prontamente los rasgos de la personalidad morbosa, lo que hace que el diagnóstico sea más difícil de precisar, es la que reviste todos los caracteres de un acceso maniaco agudo, pareciendo una vesania típica, pura, de curso agudo y terminación favorable, pero repitiendo el acceso maniaco con intervalos más ó menos largos, aparecen, por fin, después de un tercero ó cuarto acceso, los síntomas de la demencia que sigue ya entonces una evolución progresiva y fatal.

Se observan dos formas más, muy parecidas, puesto que en ambas se aprecian al principio los delirios propios de los degenerados, pero á medida que la enfermedad progresa, la evolución es distinta, y aunque el término es siempre igual, la demencia prematura, reviste esta algún caracter diferencial que es de interés puntualizar.

En unos casos, comienza la enfermedad por un estado de obsesión, durante el cual, la depresión melancólica va acompañada de numerosas fóbias, de incertidumbre en las ideas y de escrúpulos religiosos, sucediendo bien pronto á esta fase depresiva, otra caracterizada por cierta excitación cerebral, que se manifiesta bajo la forma de impulsión irresistible á andar largas distancias y á huir del domicilio, ó bien á encerrarse en habitaciones para entregarse á profundas lecturas ó dedicarse á la vida mística y contemplativa. En las mujeres, puede cambiar este cuadro sindrómico por alteración del carácter, accesos histeriformes, erotismo, hipocondria y delirio místico. En ambos sexos, después de un periodo más ó menos largo, durante el cual se observan perturbaciones en la nutrición general, sobreviene por fin una crisis de delirio alucinatorio, con confusión de ideas, estupor y depresión intelectual, que señala el comienzo de la demencia, que ya desde entonces se va acentuando rápidamente hasta llegar á la abolición completa de toda manifestación mental.

En otro caso, siendo el comienzo igual, ideas delirantes de los degenerados, el delirio se sistematiza prontamente, manifestándose ideas de persecución y megalománicas, con alucinaciones acústicas y ópticas, revistiendo una forma de paranoya que sigue un curso crónico muy lento y que solo á la larga, después de muchos años, se inicia la demencia, que en estos casos no es tan completa como en los anteriormente descritos.

La última forma de demencia precoz, cuyo comienzo rara vez podemos observar en los Establecimientos frenopáticos, es aquella en que ya desde el primer momento aparecen los caracteres de la demencia, constituyendo la forma típica descrita ppr Kahlbaum con el nombre de *hebefrenia*. Es indudablemente, la más precoz, la más característica y la más fácil de diagnosticar en su principio. Su curso es insidioso, progrésivo, y el individuo que la padece, prontamente adquiere el aspecto de un imbécil ó de un idiota.

Contra la opinión admitida por algunos autores, creo con M. Christian, que la mayor parte de los jóvenes que presentan esta forma de demencia precoz, han sido hasta el comienzo de la enfermedad, inteligentes, activos y trabajadores, y que precisamente uno de los primeros síntomas de la dolencia es el cambio de caracter que experimentan, tornándose indolentes, vagos y apáticos.

Al propio tiempo se hace imposible todo trabajo manual é intelectual: el enfermo se vuelve insociable, gruñón é irascible; todo le cansa, nada le interesa, se aisla voluntariamente, y se entrega con desenfreno á las prácticas de la masturbación. La inteligencia se deprime

progresivamente, y aunque en algunas ocasiones sobrevienen crisis de excitación y delirio agudo, no son màs que á título de epifenómenos, predominando la debilidad progresiva de las facultades mentales, que, á medida que va acentuándose, reviste al individuo con los caracteres de un ser irracional.

Esta forma de demencia simple primitiva, es no solo bastante frecuente, sino que por lo general aparece en los primeros años de la pùbertad, pasando al principio desapercibida en muchos casos por los deudos del enfermo, por atribuir sus manifestaciones á cambios de caracter debidos á la entrada en la edad púber.

Solo en un periodo ya algo avanzado, es reconocida la vesania y conducido entonces el demente al Asilo; por esto rara vez he presenciado el debut de esta forma de demencia precoz.

Lo que caracteriza en común á todas estas formas que someramente he descrito—aparte su origen hereditario—es la gravedad del pronóstico que las hace del todo incurables. Ya sé que se han citado algunos casos de curación en la forma catatónica, y que hay algunos frenópatas que no son tan pesimistas en la determinación pronóstica; pero aun suponiendo que no hubiera habido un error de diagnóstico, pudiera tomarse como curación uno de esos periodos de remisión más ó menos completa de los síntomas y que tanto se asemejan á los característicos de la parálisis general.

El tratamiento dietético y farmacológico, en nada se diferencia del que usamos para combatir los demás estados psicopáticos.

Ha de emplearse, en general, una terapéutica oportunista, sintomática, sin que desgraciadamente podamos oponer un obstáculo al desmoronamiento mental, teniendo que contentarnos con sostener las fuerzas físicas y con retardar en lo posible la caquexia orgánica. Algo parecido también á la misión que tenemos encomendada en la paralisis general. Por esto no es aventurado establecer términos de comparación entre esta enfermedad y la demencia precoz, que si difieren grandemente por su etiología, se asemejan por su evolución, por su terminación y por su impotencia terapéutica.

VI

Todo lo anteriormente expuesto, puede reducirse á las siguientes conclusiones:

1.ª No existen psicopatias especiales propias de la pubertad. La hebefrenia, como única entidad morbosa, no puede aceptarse.

2.ª Durante este período de la vida, que convencionalmente puede

comprenderse entre los once y los veintiun años, se observa en los Manicomios el máximo de morbosidad mental.

3.ª Todas las variedades psicopáticas pueden desarrollarse durante la pubertad, no diferenciándose de las de los otros períodos de la vida más que por ligeras modalidades de forma y de evolución, producidas por el caracter especial que á todas las manifestaciones de las funciones de relación imprime la edad púbera.

4.ª Cárácteriza á estas vesanias no solo la causa remota, de origen hereditario, sino la tendencia á las recidivas, el facil paso á la cronicidad y la terminación frecuente por demencia.

5.ª De todas las especies nosológicas que se observan durante la pubertad, es la más característica y seguramente la más frecuente, la demencia precoz.

6.ª Esta entidad nosológica, que ha venido á sustituir de manera más racional á la antigua hebefrenia de Kablbaum, puede presentarse bajo cinco diversas formas, con síntomas propios cada una de ellas, pero constituyendo en el fondo la misma dolencia.

7.ª La forma catatónica y la de demencia primitiva son las más frecuentemente observadas y las que ofrecen síntomas más característicos. Las demás formas, pueden confundirse en su principio con otras especies nosológicas.

8.ª El pronóstico de las psicopatias de la pubertad, es en general más grave que el de las que se desarrollan en período más avanzado de la vida, aumentando la gravedad del mismo en razón inversa de la edad del individuo.

9.ª La demencia precoz puede considerarse como incurable. Los casos de curación referidos por algunos autores han sido seguramente ó mal diagnosticados, ó se ha tratado de períodos de remisión de la enfermedad, tan parecidos á los observados en la parálisis general.

10. La terapéutica de las psicopatias de la pubertad, no difiere de la que generalmente se emplea en los demás estados mentales. El tratamiento de la demencia precoz, es puramente sintomática.

CONCLUSIONS

1er Il n'existe pas de psichoses spéciales propres à la puberté. L'hébéfrenie comme unique entité morbeuse ne peut être admise.

2e Pendant cette période de la vie, qui peut conventionnellement être comprise entre 11 et 20 ans, on observe dans les maisons d'aliénés le maximum de morbosité mentale.

3e Toutes les variétés psychopathiques peuvent se développer

pendant la puberté, ne se distinguant des autres periodes de la vie autrement que par de légères modifications de formes et d'évolutions produites par le caractère spécial que l'âge de puberté imprime à toutes les manifestations des fonctions de relation.

4e Ce qui caractérise cet état de vesanies c'est non seulement la cause éloignée de cet origine héréditaire, mais encore la tendance aux récidives, le passage facile à l'état chronique et la terminaison fréquente par la démence.

5e De toutes les espèces nosologiques qu'on observe pendant la puberté, la démence précoce est la plus caractéristique et la plus fréquente.

6e Cette entité nosologique, qui s'est substituée d'une manière rationnelle à l'ancienne hébéfrenie de Kahlbaum, peut se présenter sous cinq formes différentes avec des symptômes propres chacune d'elles, mais constituant au fond la même maladie.

7e La forme catatonica et la démence primitive sont les plus fréquemment observées et celles qui offrent des symptômes plus caractéristiques. Les autres formes peuvent se confondre dans leur principe avec d'autres espèces nosologiques.

8e Le pronostic des psychoses de la puberté est en général plus grave que celui des psychoses qui se développent dans une période plus avancée de la vie, et augmente la gravité du pronostic en raison inverse de l'âge de l'individu.

9e On peut considérer la démence précoce comme incurable. Les cas de guerison rapportés par quelques auteurs ont été certainement ou mal diagnostiqués, ou bien il s'est agi de périodes de rémission de la maladie, si semblables à ceux que l'on observe dans la paralysie générale.

10e La thérapeutique des psychopathies de la puberté ne diffère en rien de celle qui est généralement employée dans les autres états mentaux. Le traitement de la démence précoce est purement symptomatique.

ULTERIORE CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA PSICOSI POLINEURITICA

par Mr. ROSOLINO COLELLA (Palermo).

Si riscontra non di rado, associato alla neurite multipla, uno stato mentale particolare che dimostra come non solamente i nervi periferici sono lesi, ma ancora la sostanza cerebrale.

Tale combinazione dei disordini della sfera psichica con i sintomi della neurite multipla, costituisce una particolarità che dà una impronta caratteristica alla forma di malattia che è argomento del nostro studio (psicosi pilineuritica).

L'attenzione è stata già da tempo portata sopra i disordini che si producono da parte del sistema nervoso periferico; è stato però lasciato quasi intieramente da parte il complesso di manifestazioni cerebrali, che non di rado ad essi si accompagnano.

Sulla guida delle osservazioni esposte e dei fatti messi in evidenza in una mia precedente Monografia, propongo le seguenti conclusioni principali:

«1.° Non solo nel corso della intossicazione per alcoolismo cronico, sì bene ancora nel corso o nella convalescenza di malattie infettive, come pure nel corso di intossicazioni di origine non alcoolica, possono svilupparsi disordini della sfera psichica, associati con i sintomi della neurite multipla.

2.° Questa sindrome neuro-psicopatica dimostra non solamente che i nervi periferici e la sostanza cerebrale sono alterati ad un tempo, ma permette ancora di spiegare la origine del disordine psichico, per la influenza delle stesse condizioni morbose che provocarono la neurite multipla (agenti tossici, agenti infettivi).

3.° Sono, secondo ogni probabilità, queste sostanze tossiche che avvelenano il sangue e il sistema nervoso, agendo di preferenza su parti diverse dell'arco neuro-muscolare: ora sulle fibre periferiche (polineurite), ora sulla sostanza cerebrale (sintomi psichici), talvolta ledendo l'uno e l'altro sistema ad un tempo (psicosi polineuritica).

4.° La sindrome psichica, indipendentemente dalla sua combinazione con i fenomeni della neurite multipla (paralisi amiotrofiche, disturbi della sensibilità), presenta una forma clinica ben definita.

Essa è essenzialmente caratterizzata da uno stato mentale particolare, ove l'amnesia domina il quadro sintomatico, e a cui d'ordinario

si congiungono, in vario grado, disordini della coscienza e dell'associazione delle idee, non di rado agitazione, delirio.

5.° La diagnosi psicologica deve essere innanzi tutto neuro-patologica. Elementi diagnostici caratteristici sono: l'esordire per lo più acuto, con rilevanti disturbi della sensibilità; disordine della memoria, agitazione, delirio; la manifestazione di una paralisi amiotrofica più o meno diffusa.

6.° La prognosi delle differenti varietà di psicosi polineuritica dipende dalla intensità della malattia, dalle condizioni nelle quali essa si è sviluppata, dalla sua etiologia. Essa è dubbia ma, d'ordinario, non funesta.

7.° La terapia, del pari, è principalmente determinata dalle condizioni etiologiche. In primo tempo è quella di ogni infezione o intossicazione; consecutivamente è quella di ogni atrofia muscolare.

UEBER PSYCHIATRIE UND PSYCHOLOGIE IN DEUTSCHLAND

par Mr. W. WEYGANDT (de Würzburg).

Fast während des ganzen vorigen Jahrhunderts standen sich in Deutschland Psychiatrie und Psychologie wie feindliche Brüder gegenüber. Die aufstrebende psychiatriche Forschung, deren Hauptinteresse während der letzten 3 Jahrzehnte dem Studium des Hirnes galt mochte lange Zeit keine Stütze in der Psychologie erblicken, weil diese eben im Rufe stand, dass sie selbst nur eine Sklavin der spekulativen Philosophie sei.

In der Tat ging die Herrschsucht der Philosophie noch vor 100 Jahren so weit, dass sie Beurteilung der zweifelhaften Geisteszustände vor dem Tribunal als ihr Vorrecht in Anspruch nehmen wollte. Selbst der grosse Kant neigte bekanntlich dieser heute längst überwundenen Anschauung zu.

Erst seitdem durch das geniale Schaffen von Fechner und die universelle Forschung von Wundt aus der Psychologie eine exakte Einzelwissenschaft geworden ist, konnte ihre Annäherung an die Psychiatrie erhofft werden. Jedoch ging es damit noch recht langsam voran. Wohl richtete eine Universität nach der anderen ein Laboratorium für experimentelle Psychologie ein, aber die Irrenanstalten und psychiatrischen Kliniken behalfen sich bis zum heutigen Tage meist noch mit einem Laboratorium für anatomische Untersuchungen und

verhielten sich der experimentellen Psychologie gegenüber skeptisch und ablehenend. Freiiich ist zu betonen, dass die Uebertragung der Psychologie auf das irrenärztliche Gebiet ungleich schwieriger ist, als etwa die Uebernahme einer neueren Methode, z. B. des Röntgenverfahrens oder der photographischen Technik, zu neurologischen und psychiatrischen Zwecken. Es handelt sich vielmehr um eine Hilfswissenschaft im weiteren Sinne des Wortes, zu der nicht kurzer Hand ein Asistent abkommandiert werden kann, sondern die ex fundamento erlernt und unter dauender Verfolgung der Spezialliteratur betrieben werden muss«, ganz se wie etwa die psysiologische Chemie als Hilfsdisziplin des internen Klinikers ein selbstäandiges Studium und unablässiges Weiterarbeiten erfordert.

Die wichtigste Pflanzstätte der Psychologie in ibrer Verwertung für die Psychiatrie wurde zu Heidelberg an der Klinik von Kraepelin gegründet. Wenn ich versuchen will, einen kurzen Ueberblick über die bedeutendsten Arbeitsrichtungen und Resultate der deutschen experimentellen Psychologie auf psychiatrischem Gebiet zu liefern, kann ich mich angesichts der Gemessenheit der Zeit auf einige Stichproben beschränken.

Es ergab sich alsbald, dass die psychologische Methodik nicht ohne weiteres auf psychiatrische Probleme übertragen werden könnte. Vielmehr war es notwendig, dass

1. zunächst das Studium der Psychologie des Individuums vertieft, und

2. manche Methoden, die bei Kranken angewandt werden sollten, modifiziert und vereinfacht wurden.

Wichtig ist es zunächst, das Verhalten der geistigen Leistungsfähigkeit exakter kennen zu lernen. Wenn eine Versuchsperson 1 Stunde lang dauernd gleichförmig kleine Aufgaben ausführt, wie die Addition einstelliger Zahlen, so kann man nachher feststellen, welches Arbeitsquantum in jedem Zeitabschnitt von 5 Minuten etwa geleistet wurde und in welcher Kurve also die geistige Arbeitsfähigkeit sich während der ganzen Rechenperiode veränderte. Durch mannigfache Variationen dieser Versuche gelang es, die einzelnen Faktoren, aus denen die Arbeitskurve resultiert, auseinander zu halten. Auf Figur 1 (1) sehen Sie, wie sich die Arbeitskurve über 3/4 Stunden etwa, mit einer kurzen Unterbrechung, erhebt, um dann in der fol-

(1) Die Figur entspricht mit kleinen Modifikationen jener, dio zugrunde lag für Kraepelins Vortrag über die Arbeitskurve auf der Naturforscherversammlung 1898. Vergl. ferner Kraepelin: Die Arbeitskurve, in Wundts Philosophischen Studien, XIX. Band, 1902.

genden Zeit allmählich bis unter den Anfangswert zu sinken, während nach einer Pause die Anfangsleistung beträchtlich höher steht als bei der ersten Arbeit. Das Ansteigen wird bewirkt durch das Ueberwiegen der Uebung, während allmählich der Faktor der Ermüdung, der wohl von Anfang an schon in Betracht kommt, das Uebergewicht erhält und ein Sinken der Leistungsfähigkeit verursacht. Kurz dauernde Verbesserungen der Leistungen werden herbeigeführt durch die sogen. Antriebs erscheinungen, die auf einer Willensspannung, einem bewussten Einsetzen voller Arbeitskraft beruhen und vor

Arbeistkurve.

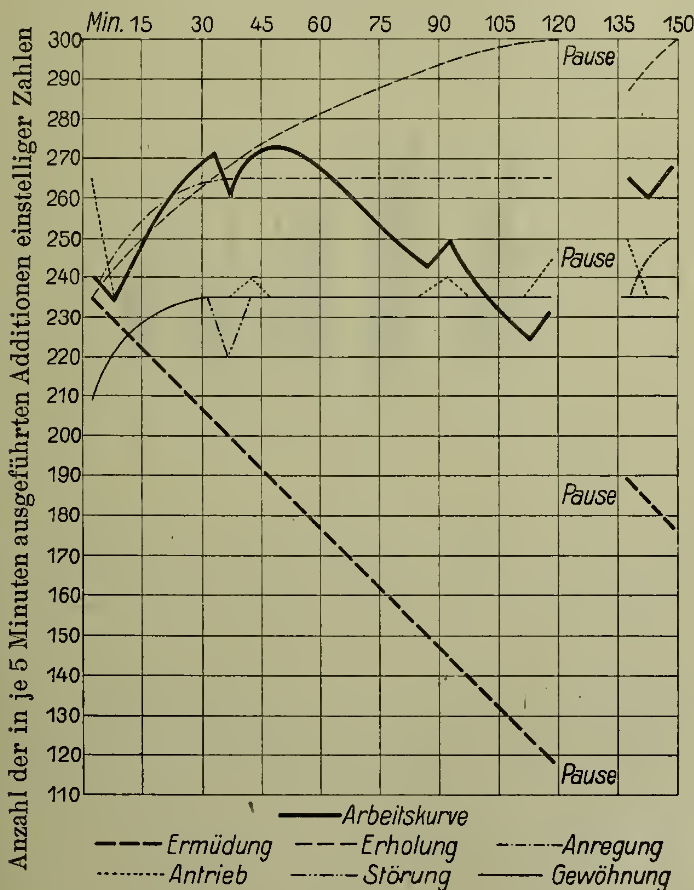


Fig. 1.

allem zu Beginn und beim Schluss einer Arbeitsperiode in Erscheinung treten. Unter Anregung ist eine durch die Tätigkeit selbst entstandene Erregung und Arbeitsstimmung zu verstehen nach allmählicher Ueberwindung einer gewissen Trägheit zu Beginn des Arbeitens. Weiterhin kommt noch der Faktor der Gewöhnung an die Versuchsbedingungen in Betracht. Gelegentlich machen sich äussere Störungen in einer kurzen Verschlechterung der Leistungen bemerklich 1). Eine Fülle von Untersuchungen wurde der Frage gewidmet, wie sich diese normale Leistungsfähigkeit unter dem Einfluss toxischer Mittel oder anderweitiger Alterationen, vor allem auch bei psychischen Störungen, verändert, worauf wir noch zurückkommen werden

Merkfähigkeit bei Dementia senilis.
Prozentzahlen der nach 5 bis 60 Sekunden reproduzierten Eindrücke.

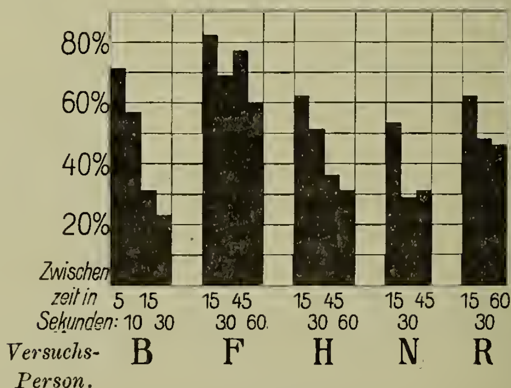


Fig. 2.

Figur 2 kann uns ein Beispiel dafür geben, dass bei Kranken häufig eine andere, vereinfachte Methode notwendig wird. Finzi 2) hatte

(1) Ueber die einzelnen Faktoren vergleiche: Oehrn: Experimentelle Beiträge zur individualpsychologie. Psychclog. Arbeiten, I. S. 92.—Bettmann: Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch körperliche und geistige Arbeit. Psycholog. Arbeiten, I, S. 152—Miesemer: Ueber psychische Wirkungen körperlicher und geistiger Arbeit. Psycholog. Arbeiten, IV, S. 375.—Rivers und Kraepelin: Ueber Ermüdung und Erholung. Psycholog. Arbeiten, I, S. 627—Amberg: Ueber den Einfluss von Arbeitspausen auf geistige Leistungsfähigkeit. Psycholog. Arbeiten, I, S. 300.—Weygandt: Ueber der Einfluss des Arbeitswechsels auf fortlaufende geistige Arbeit. Psycholog. Arbeiten, II, S. 118—Lindley: Ueber Arbeit und Ruhe. Psycholog. Arbeiten, III, S. 482.—Hylan und Kraepelin: Ueber die Wirkung kurzer Additionszeiten. Psycholog. Arbeiten, IV, S. 454.—Vogt: Ueber Ablenkbarkei und Gewöhnungsfähigkeit. Psycolog. Arbeiten, III, S. 62.

(2) Zur Untersuchung de Auffassungsfähigkeit und Merkfähigkeit. Psycholog. Arbeiten, III, S. 289.

zur Untersuchung der Auffassungsfähigkeit einen sehr brauchbaren Apparat benutzt, der dem Blick ein Reizobjekt auf die kurze Zeit von 0,017 Sekunden exponierte.

Von seinen Resultaten sei hervorgehoben, dass der Auffassungsreiz einer gewissen Nachwirkung bedarf, um völlig zur Geltung zu gelangen. Hatten doch manche Versuchspersonen 30 Sekunden nach der Exposition um ca. 20 Proz. bessere Angaben über das, was sie aufgefasst haben, machen können, als nur 2 Sekunden nach der Exposition. Für die Geisteskranken mit Altersblödsinn indes war jene Methode mit ihrer kurzen Expositionszeit entschieden zufein.

Schneider (1) hat daher solchen senil dementen Patienten mannigfache Objekte, wie einen, Ring, einen Schlüssel u. s. w. mehrere Sekunden lang vorgezeigt und sich dann 5—60 Sekunden später angeben lassen, was die Kranken von dem Eindruck noch gemerkt hatten. Man sieht auf Figur 2, wie rasch der Eindruck aus dem Gedächtnis des Altersblödsinnigen schwindet, indem die Kranken 15 Sekunden nach dem Eindruck meist wohl noch etwas über die Halfte, 30—60 Sekunden, später aber viel weniger, manchmal nicht ein Drittel der Eindrücke mehr zu reproduzieren vermochten. Diese Ergebnisse wurden gewonnen bei fast durchweg schon hochgradig blödsinnigen und auch körperlich hinfälligen Patienten.

Die Menge von Geisteskranken, die sich zu experimentellen Untersuchungen eignen, ist weit grösser, als man zunächst annehmen möchte. Es ist wohl nicht zu viel gesagt, wenn ich als geeignet zu Experimenten in dem Sinne, dass ein im Eintritt und Ablauf willkürlich beeinflusstes Erlebnis unter bekannten, künstlich variierbaren Bedingungen zu beobachten ist, 60 bis gegen 80 Proz. der psychiatrischen Kranken bezeichne. Nur die tiefsten Schwachsinnszustände, so das Endstadium der Paralyse und die niedersten Stufen der Idiotie, sowie die mit Bewusstseinstrübung einhergehenden Anfälle und Erregungen, besonders bei der Epilepsie, sind dem Experiment unzugänglich.

Im übrigen aber ist Erregung kein Gegengrund gegen den psychologischen Versuch. Aschaffenburg (2) hat mehrere Kranke im zirkulären oder manisch-depressiven Irresein experimentell untersucht und konnte während der manischen Phase auch bei den erregtesten Kranken die komplizierten Untersuchungen der Vorstellungsassozia-

(1) Ueber Auffassung und Merkfahigkeit beim Altersblödsinn. Psycholog. Arbeiten, III, S. 458.

(2) Experimentelle Studien über Assoziationen: Die Ideenflucht. Psycholog. Arbeiten, IV, S. 235.

tionen mit genauer Zeitmessung auf 1/1000 Sekunde ausführen. Auf Figur 3 sehen Sie, wie ein derartiger Patient seine Vorstellungsassoziationen zu den verschiedensten Zeiten der zirkulären Psychose bildete. Der wichtigste Punkt ist der, dass der manischen Phase sehr reichlich bis zu 35 Proz. Vorstellungsassoziationen ohne Sinn, vorzugsweise nur durch den Klang des Wortes (z. B. Reiter—Leiter, Koppel—Hoppel, Tanne—Tante) zusammenhängend, gebildet wurden. In dieser Lockerung des begrifflichen Zusammenhanges der Vorstellungsassozistionen ist die Grundlage der Ideenflucht zu sehen, die diagnostisch für das zirkuläre Irresein ausserordentlich wichtig ist. Vor allem der Beginn eines neuen Anfalles dieser Krankheit lässt sich oft aus dem Auftreten von Klagassoziationen experimentell mit Sicherheit vorausbestimmen. Wenn hier eine komplizierte Methode bei einen stark erregten Kranken angewendet werden konnte, der Monate lang wegen seiner Erregung mit permanenten Bädern behandelt werden musste, so ist es mit einfacheren Methoden noch eher möglich,

Assoziationen im manisch depressiven Irresein.

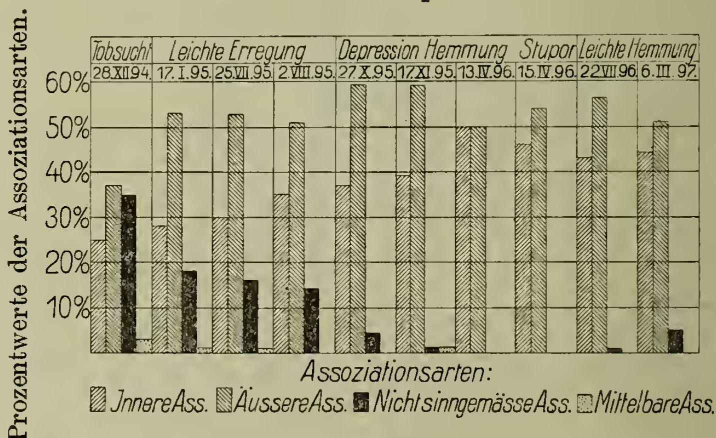


Fig. 3.

die mannigfachsten Kranken experimentell zu prüfen. Das Wesen des psychologischen Versuchs wird dabei immer gewahrt bleiben, wenn wir Beobachtungen eines im Eintritt und Ablauf künstlich modifizierbaren Erlebnisses anstellen und sie unter bekannten Bedingungen variieren.

Neben der Leistungsfähigkeit und den allgemeinen Eigenschaften geistiger Art, wie Ermüdung. Uebung und Erholung, lassen sich noch viele andere psychischen Funktionen prüfen, so wie in den angeführten

Beispielen, aber auch noch durch zahlreishe sonstige Methoden, die Fähigkeit der Auffassung, das Gedächtnis, die Vorstellungsassoziationen u. s. w. Ganz besonders beachtenswert sind auch die Reaktionen, durch welche Willenshandlungen einfachster Art hervorgerufen und gemessen werden. Es gibt kaum eine beweiskräftigere Tatsache gegen die von vielen Juristen noch vielfach angenommene «freie Willensbestimmung» des Menschen, als den Nachweis, das schon 10 g absoluten Alkohols, also etwa 1/4 Liter Bier, eine Veränderung unserer Reaktionen experimentell erkennen lassen und somit eine Störung der Willenshandlung hervorbringen.

Neuerdings wurde auch die Sphäre des Gefühls dem Experiment näher gerückt. Vogt, ein Schüler Kraepelins, suchte die Methode von A. Lehmann [6]) in Kopenhagen für die Psychiatrie zu verwerten. Mit Lehmanns Apparaten untersuchte er die Kurve des Pulses, des Armvolumens und der Respiration bei 100 Geisteskranken unter dem Einfluss von psychischen Eindrücken[7]). In Figur 4 sehen Sie unter I ein

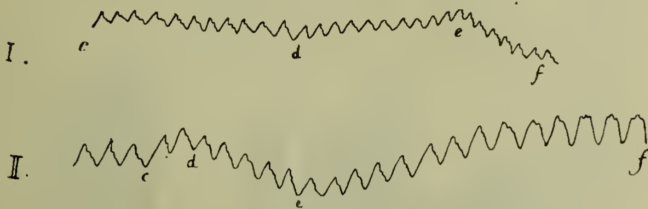


Fig. 4.

I. Plethysmographische Kurve eines Normalen.

c d gleichmässige, undulierende Schwankung des Armvolums, bei unklaren Bewusstseinsinhalten. e f plötzliche Senkung des Armvolums, bei auftauchenden Gedanken, bez. als Reaktion auf Sinneseindrücke, Rechenaufgaben u. dgl.

II. Plethysmographische Kurve eines Geisteskranken.

Bei c Stellung einer Rechenaufgabe. c d e Aufmerksamkeitsreaktion. e f Kurve der reaktiven Gefühle (Scham, Verlegenheit u. s. w.) mit grossen Pulsen, grossem Armvolum und hochgelagerten Sekundärelevationen.

normales Plethysmogramm, bei dem eine plötzliche Senkung des Armvolumens e—f die Reaktion auf eine gestellte Rechenafgabe darstellt. Die Kurve II rührt von einem Geisteskranken Vogts her, der unter c—d—e zunächst ganz wie der Gesunde die normale Reaktion der Aufmerksamkeit zeigt, worauf dann aber eine neue, pathologische

(1) Die körperlichen Aeusserungen psychischer Zustände, I. Teil, 1899.
(2) Plethysmographische Untersuchungen bei Geisteskranken. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1902. S. 665.

Reaktion erfolgt, die seiner krankhaften Verlegenheit, Angst und Scham über die Lösung der Aufgabe entspricht, indem jetzt von e—f der Puls und das Armvolumen sich deutlich vergrössert, unter hochgelagerten sekundären Elevationen.

Dass die Untersuchung von Geistes- und Nervenkranken durch das psychologische Experiment ausserordentlich wichtig sein kann für die Differentialdiagnose, haben wir chon bei den Beispielen von Untersuchungen des manich-depressiven Irreseins und des Altersblödsinns gesehen. Andere Versuche wurden bereits bei Kranken mit Paranoia[8]), Epilepsie[9]), Korsakowscher Psychose, bei Paralyse[10]), Hebephrenie[10]), Unfallpsychose[11]), u. s. w. vorgenommen.

Ich habe psychologische Methoden zur Prüfung der Neurasthenie angewandt[12]). Der Nachdruck hinsichtlich der Untersuchung bei Neurasthenie liegt auf der Unterscheidung, ob der Kranke von Jugend

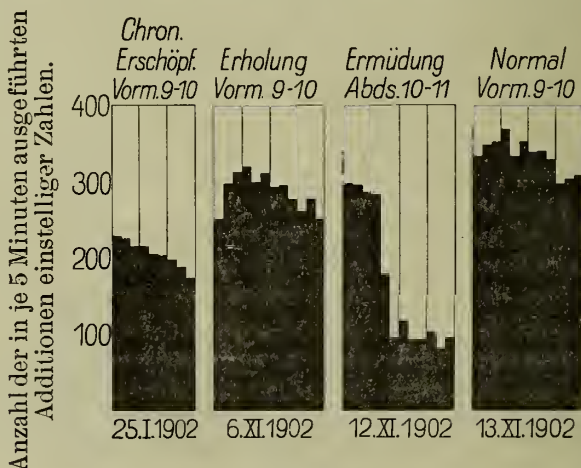


Fig. 5.

auf krankhaft erschöpfbar und insuffizient ist, oder ob eine zeitwei-

(1) Cron und Kraepelin: Ueber die Messung der Auffassungsfähigkeit. Psycholog. Arbeiten, II, S. 203.

(2) Gross: Ueber das Verhalten einfacher psychischer Reaktionen bei epileptischen Verstimmungen. Psycholog. Arbeiten, III, S. 385.

(3) Reis: Ueber einfache psychologische Versuche an Gesunden und Geisteskranken. Psycholog. Arbeiten, III, S. 587.

(4) Gross: Zur Psychologie der traumatischen Psychose. Psycholog. Arbeiten, II, S. 569.—Röder: Ueber die Anwendung einer neuen Methode der Untersuchung bei nervösen Erkrankungen nach Unfall. Münch. med. Wochenschr. 1898, S. 1554.

(5) Weygandt: Behandlung der Neurasthenie. Würzburg 1901.

lige chronische Erschöpfung infolge von Ueberanstrengung vorliegt. In letzteren Fällen zeigt sich die Arbeitsfähigkeit derart verändert, dass die Leistung zu Beginn am besten ist und dann infolge der überwiegenden Ermüdung immer mehr sinkt, so dass, wie die erste Kurve auf Figur 5 ergibt, nach nur 3/4 Stunden Arbeitszeit die Leistungsfähigkeit unter fortwährendem Sinken schon um 25 Proz. abgenommen hat.

Ganz dieselbe Kurve, oft noch prägnanter, treffen wir bei jedem normalen Menschen, wenn er nach einem anstrengenden Tag unter dem Einfluss der abendlichen Ermüdung und des Schlafbedürfnisses zu arbeiten beginnt, wie die Ermüdungskurve unter Figur 5, No. 3, demonstriert, mit ihrem auffallenden Nachlassen der Arbeitsfähigkeit schon in der 2. Viertelstunde, wogegen nach durchruhter Nacht die Arbeitskurve in normaler Weise erst ansteigt, infolge der Uebung, um dann allmählich, etwa im Laufe der 2. oder 3. halben Stunde wieder ein wenig zu sinken.

Geistige Leistungsfähigkeit bei Neurasthenie.

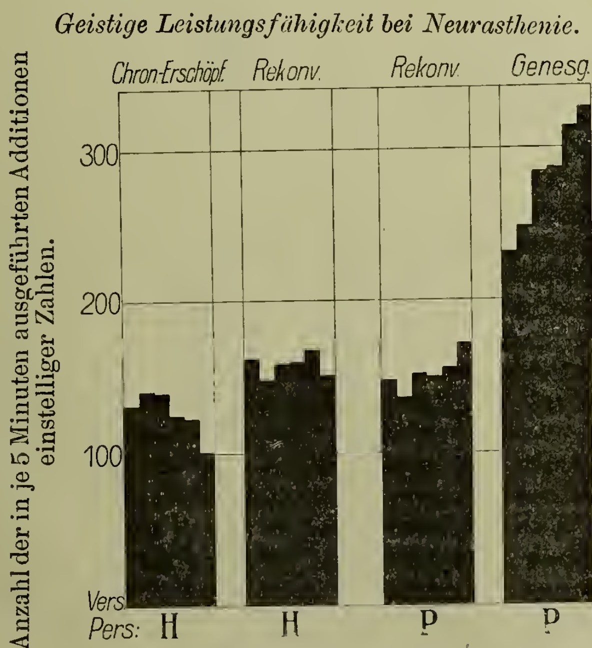


Fig. 6.

Auf Figur 6 sehen wir die neurasthenische Versuchsperson H. im Zustande chronischer Erschöpfung schon während der 2. Viertelstunde

beträchtlich an Leistunsfähigkeit nachlassen, während sie in der Rekonvaleszenz bei Kurve 2 in jenem Zeitabschnitte den Gipfel ihrer Arbeitsfähigkeit aufweist. Kurve 3 rührt von einem neurasthenischen Lehrer in der Rekonvaleszenz her, der nach wenigen Wochen weiterer Behandlung die durch Kurve 4 wiedergegebene enorme Steigerung seiner Leistungsfähigkeit aufwies.

Handelt es sich um eine konstitutionelle, angeborene Neurasthenie, dann gleicht die Arbeitskurve nicht der bei abendlicher Ermüdung gewonnenen Kurve mit rascher Senkung, sondern sie zeichnet

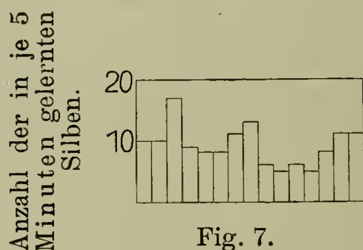
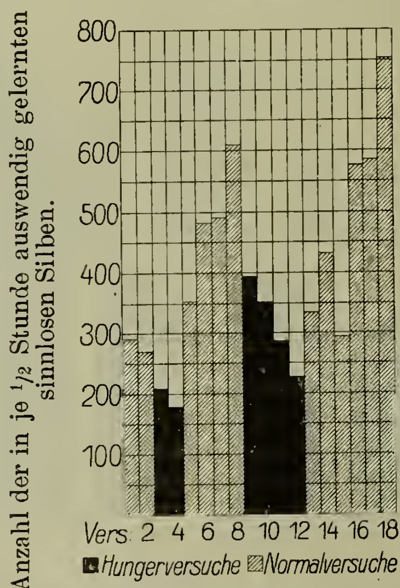


Fig. 7.

Einfluss der Nahrungsenthaltung auf das Gedächtnis.



Versuch No. 15 stand unter dem Einfluss geistiger Ermüdung. Die einzelnen Versuche liegen 12 Stunden auseinander.

Fig. 8.

sich mehr durch grosse Unregelmässigkeiten aus und im Vordergrunde stehen die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, wie Figur 7 demonstrieren kann.

Manchen Aufschluss versprechen die Versuche am normalen Menschen, der künstlich in einen andersartigen Geisteszustand versetzt wurde, weil wir hier jedesmal die pathologische Leistung mit der normalen Leistung leicht vergleichen können.

Figur 8 beweist anschaulich, wie das Gedächtnis unter dem Einfluss der Nahrungsenthaltung, des Hungers, beträchtlich sinkt, dagegen bleibt die Auffassungsfähigkeit, die Perzeption während des Hungers ganz gut erhalten, wie die in Figur 9 wiedergegebenen Versuche

Auffassung im Hungerzustand.

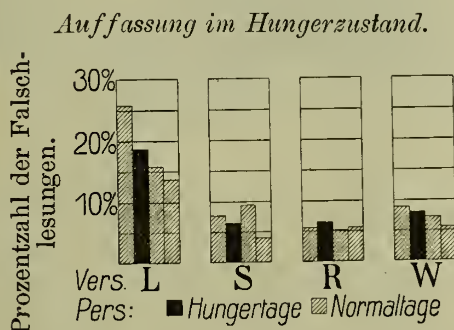
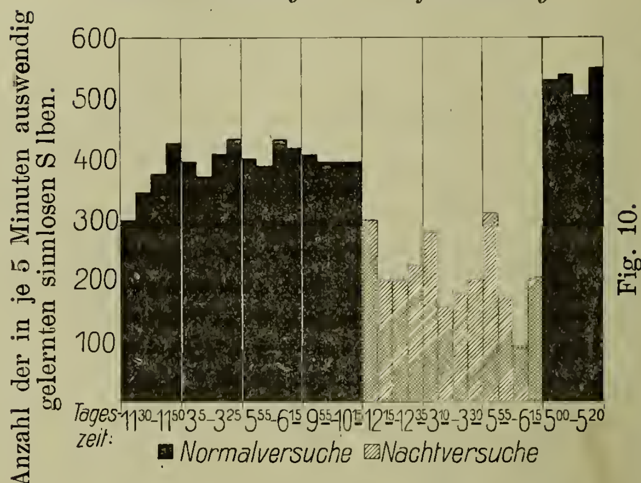


Fig. 9.

mit 4 verschiedenen Personen, sovie andere Experimente, die den Hungerzustand bis zu 72 Stunden ausdehnten, durchweg gezeigt haben (13). Wie sehr das Experiment der blossen Selbsbeobachtung überlegen ist, erkennen wir leicht, wenn wir unseren Nachweis einer starken Gedächtnisabnahme durch 12 stündiges Hungern vergleichen mit der Tatsache, dass der Hungerkünstler Merlatti erst am 19. Tage seiner Nahrungsenthaltung eine Gedächtnisverschlechterung bemerkte.

Die nicht beeinflusste Auffassungsfähigkeit während der Nahrungsenthaltung deutet auf eine auswählende, elektive Wirkung des Zustandes hin, analog der Wirkung mancher Gifte, vie auch einzelner Psychosen. Deutlich wird uns eine solche eigenartige Wirkung auch bei einem Blick auf Figur 10, die die Abnahme des Gedächtnisses im Laufe einer durchwachten Nacht darstellt; die Auffassungsfähigkeit hat haber in derselben Nacht auch ganz ausserordentlich gelitten, so dass nach 6 Stunden schon mehr als 60 Proz. Fehler auftraten bei denselben Leseaufgaben, wie sie Figur 9 zugrunde lagen.

(13) Weygandt: Ueber die Beeinflussung geistiger Leistungen durch Hungern. Psycholog. Arbeiten IV, S. 45.



Gedächtnisleistung bei Schlafenthaltung.

Fig. 10.

Angesichts dieser lezten Resultate ist der Schluss erlaubt, dass bei den sogen. Erschöpfungspsychosen, vor allem der Amentia nach Meynert mit ihrer klinich ersichtlichen, starken Auffassungsstörung, wohl nich Inanition oder Unterernährung zugrunde liegt, da ja gerade die Nahrungsenthaltung in unseren Experimenten nicht die geringste Veränderung der Auffassung ergab.

Fällt so durch das psychologische Experiment ein Licht auf die ätiologische Forchung, so können wir auf demselben Wege auch der Erkenntnis unserer therapeutischen Mittel (14) näher treten. Vor allem die Eigenart der Wirkung unserer Schlafmittel lässt sich hierdurch viel genauer ergründen, als durch das Tierexperiment oder durch rein klinische Beobachtungen. Ach (15) wies z. B. nach, dass Paraldehyd eine rasche, kräftige Auffassungsstörung von kurzer Dauer hervorbringt, worauf die Bedeutung des Mittels zur schnellen Herbeiführung von Schlaf beruht. Figur 11 zeigt, wie das Morphium (16) einen der wichtigsten Faktoren unserer geistigen Prozesse, das Gedächtnis, erheblich stört, insofern $1/4$ — $1/2$ Stunde nach der Injektion von 0,01

(14) Kraepelin: Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. Jena 1892.—Löwald: Ueber die psychischen Wirkungen des Broms. Psycholog. Arbeiten I, S. 489.—Hänel: Die psychischen Wirkungen des Trional. Psycholog. Arbeitee II, S. 326.

(15) Ueber die Beeinflussung der Auffassungsfähigkeit durch einige Arzneimittel. Psycholog. Arbeiten IV, S. 203.

(16) Diese Versuche wurden wegen des differenten Charakters des Mittels bisher nicht weiter fortgesetzt.

g die Zahl der in je 5 Minuten auswendig gelernten sinnlosen Silben oft unter die Hälfte dessen herabsinkt, was nach dem Ausfall der Normalversuche zu erwarten gewesen wäre.

Gedächtnisleistung unter Morphiumwirkung.

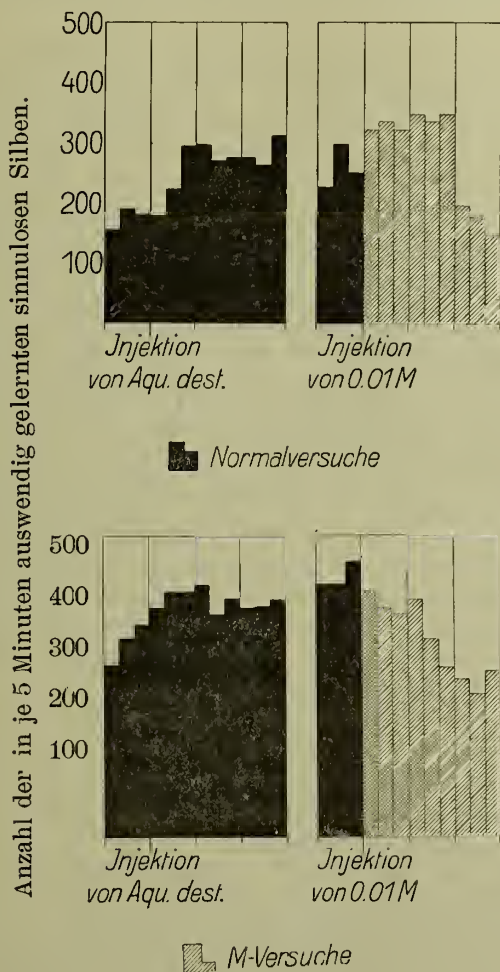


Fig. 11.

Wenn es angesichts der knappen Zeit auch nicht möglich ist, aus der grossen Zahl von Versuchsresultaten Ihnen noch weitere Beispiele

vorzuführen, so werden Sie doch schon so viel entnommen haben, dass die psychologisch-experimentelle Forschung ihr Bürgerrecht auf psychiatrischem Gebiet verdient. Es muss die Zeit kommen, in der jede psychiatrische Klinik, die für alle einschlägigen Forschungsmethoden vollwertig ausgerüstet sein will, auch über ein experimental-psychologisches Laboratorium und gründlich durchgebildete Mitarbeiter verfügt.

Vielleicet werden Sie erstaunt sein, dass die eigentliche Psychotherapie, die Hypnose und Suggestion, bisher noch gar nicht erwähnt wurde. Indes ist man in Deutschland fast allgemein der Ueberzeugung, dass ihr positiver Wert an sich gering und ihre Anwendbarkeit bei Geisteskranken ganz ausserordentlich beschränk ist. Allenfalls sind konstitutionell-neurasthenische und ähnliche Zustände mit Erfolg der Psychotherapie in diesem Sinne zugänglich. Indes handelt es sich hier um ein Krankenmaterial, das vielfach am zweckmässigsten ambulant zu behandeln ist und durch klinische Behandlung keineswegs gefördert würde. In Polikliniken für Psychischnervöse kann immerhin ein Versuch mit Suggestion und Hypnose gemacht werden, während in einer rein psychiatrischen Klinik selbst diese Methoden keine geeignete Stelle beanspruchen können. Ist man nach dieser Richtung in Deutschland auch sehr zurückhaltend, so werden Sie mir doch zustimmen, wenn ich unter Hinweis auf die vorgeführten Beispiele sage, dass die experimentellpsychologische Forschung im Begriff steht, der Psychiatrie ein ertragreiches Gebiet zu erobern. Wenn erst die Arbeitskräfte zahlreicher, die Hilfsmittel auskömmlicher und die Laboratorien allgemein verbreitet sein werden, darf man von der jungen Hilfswissenschat mit ihren Methoden für die Psychiatrie zweifellos noch vieles Gute erwarten.

CONCLUSIONS

1. La psychopathie ne peut recevoir de base solide que si elle est rattachée à la psychologie normale.

2. Comme pour la psychologie normale, l'expérimentation est en psychopathie la méthode la plus importante.

3. Les méthodes expérimentales de la psychologie ne pourront être employées qu'après modification, dans des cas psychopatiques.

4. Dans la grande majorité des cas psychiatriques (60 à 80 %) l'expérimentation peut être employée.

5. L'agitation n'est pas d'une manière absolue une contre-indication de l'expérimentation psycho-physique.

6. Outre le côté intellectuel, l'activité volontaire et la sphère du sentiment sont accessibles à l'expérimentation.

7. L'exploration expérimentale des maladies mentales présente un intérêt pour le diagnostic différentiel.

8. L'exploration expérimentale des troubles mentaux artificiels présente un intérêt pour l'étiologie et la thérapeutique des psychoses.

9. Chaque clinique psychiatrique nécessite un laboratoire psychophysique.

10. Les policliniques répondent le mieux aux besoins de la psychothérapie.

Discussion

Mr, PIERRE PREGOWSKI (Cracovie): Ich möchte hier mur darauf hinweisen, dass der Vortrag des Herrn Prelegenten nicht ganz dem Thema entspricht. Das Thema verspricht uns dass wir über den Stand der modernen Psychologie in Deutschland hören werden. Der Vortrag giebt uns aber nur einige Resultate der psychologisch-experimentellen Untersuchungen. Diese Resultate die ser wichtig und interessant sind, obwohl sie nur ein Bruchtheil der experimentellen Psychologie bilden, sind weit noch nicht die ganze Psychologie, welche wie bekannt nicht nur experimentelle, sondern auch s. g. beschreibende (s. analitische) und auch *par excellence* empirische ist. Dieletztere steht in Deutschland auch sehr hoch, darüber aber Herr Prelegent uns gar nichts berichtet hat.

DEMENCIAS Ó ENFERMEDADES MENTALES CONSIDERADAS BAJO UN SISTEMA NUEVO

por el Dr. BENITO SERRATE FALCETO (Barbastro).

PARTE PRIMERA

NOCIONES FUNDAMENTALES SOBRE LA DEMENCIA

CAPITULO PRIMERO

GENERALIDADES FILOSÓFICAS

Sabemos, por haberlo aprendido desde niños en nuestra ilustración religiosa-filosófica que el hombre es un compuesto de materia y espíritu ó de alma y cuerpo.

Y como en la enagenación mental aparecen más perturbadas, las partes que menos materia llevan ó las que más dan á conocer el alma, vamos á decir algo sobre lo que ellas son, ó sobre la sensibilidad, entendimiento y voluntad.

I

De la sensibilidad.

La sensibilidad produce en nosotros cierta impresión que ilustra nuestra alma ó que le ocasiona agrado, desagrado, amor, ira, etc.

Lo primero lo hacen los sentidos con sus sensaciones, y lo segundo los apetitos y afectos.

Los apetitos tienen su causa en el cumplimiento de las necesidades humanas y como estas poseen órganos para su satisfacción, sus variantes vitales hacen á aquellos más ó menos aparentes.

Les afectos tienen la suya en el amor propio ó fin de la voluntad que se manifiesta por los sucesos prósperos ó adversos de la vida humana, dando lugar los unos á satisfacción ó alegría y los otros á tristeza ó aversión. Del mismo amor propio unido á la conformación orgánica de cada hombre nacen los deseos de gloria, política, riqueza, religión, las aficiones y aun las vocaciones para ciertas carreras, etcétera, todo lo cual dá lugar á la ejecución de actos sentimentales cuya

evacuación va acompañada del desahogo experimentado al cumplir con alguna necesidad.

Estas modificaciones del sentir, no sólo ocurren por lo actual, también la memoria de sensaciones de ideas y acontecimientos las originan, cosas que pueden unirse y voluntaria ó involuntariamente formar un acto imaginal. Del primer modo es la representnción que me hago v. g. de un hermoso jardín y del segundo la experimento por una pesadilla cuando duermo.

Aunque todos los actos mentales son complejos, llevando cada uno memoria, imaginación, sensación, etc., parecen al pronto simples; pero hay estados anómalos del hombre que nos instruyen algo sobre lo efectivo de esta complejidad: según luego veremos, puede establecerse que la unidad del acto psíquico completo aparece por ser muy rápida la sucesión de los elementales que lo forman, así como en un cinematógrafo la rápida presentación de distintas figuras engendra la sensación como de movimiento efectuado por una sola.

Y ocurriendo operaciones mentales á las que falta algo para su perfección, esto hace pensar que el círculo es incompleto ó que en el cinematógrafo falta alguna figura y se interrumpe la debida sucesión, retrato del movimiento de los cuerpos.

Este curso mental envuelve la idea de sustancia que circula y sitios por donde pasa para recibir alguna modificación.

Lo primero es el fluido sentimental, lo segundo la sustancia cerebral, su liberación de la misma y los órganos encefálicos á donde regresa.

Aquel es informe compuesto de materia y espíritu, principio de toda operación mental, sale del corazón con gérmenes ó semillas de tal ó cual especie; llega al cerebro donde adquiere forma en relación con sus predisposiciones, pero no certeza ó verdad; esta resplandece en el mismo cuando por completo ha atravesado marchando hacia la periferia la materia nerviosa; á seguida desciende intelectualmente iluminado á los órganos del discurso.

Figura, pues, en nuestro círculo el fluído sentimental y luego el engendro que por su unión con la sustancia cerebral aparece, en lo que atañe á formar las representaciones imaginarias, que trazan por decirlo así el límite superior de la zona sensitiva.

II

Entendimiento.

Pasado que ha la operación psíquica por la fase imaginal llega á la intelectual.

Esto sucede por el hecho de aparecer el fluido mental en la periferia del encéfalo, de modo, que el vehículo del entendimiento es el mismo fluido pero con algún cambio en su existencia, como se supone que ha de haberlo al quedar libre de sustancia nerviosa compresora; cuando está en plena libertad, la luz intelectual le inflama, le dá conocimiento de verdad, y con tal poder é influencia desciende al discurso para laborar conceptos intelectuales, como cae el agua del mar, destilada en las nubes convertida en lluvia benéfica para concurrir á la vida de los seres.

En esta liberación del fluido coloco al entendimiento, ó sea la verdad que el alma posee de la existencia ó esencia de las cosas, del tiempo y del espacio. Esta posesión se tiene de un modo evidente, no admite más inteligibilidad; satisface por completo.

Conociendo pues la realidad de las cosas conocerá la no existencia ó la negación, número, infinidad, etc., y con la intuición del tiempo y espacio que en sí contiene: las causas, efectos, eternidad, contingencia, extensión y límites.

Para todo lo cual, siendo el hombre sociable y expansivo hijo del amor, viviendo por él y para él según se explica en el párrafo siguiente, hállase dotado de la facultad de expresar sus pensamientos con palabras ó fórmulas sensibles que causen sensación en los otros y de aquí el lenguaje con el cual decimos lo que en nosotros pasa y aprendamos lo percibido por lo demás.

Ya considero que no es solo entendimiento lo apuntado; pues hay memoria, sensibilidad, imaginación, voluntad, etc., pero si hemos de explicarnos, no es posible hacerlo en otros términos.

Y no deja de sernos muy instructiva la consideración de que necesitando el discurso para funcionar elementos intelectuales ó nociones fundamentales de verdad y certeza, el fluido ha de circular según suponemos, esto es, pasando primero por la inteligencia para luego descender reflejándose riquísimo en datos y materiales al discurso.

Aquí están los órganos apropiados á comparar, generalizar, sintetizar, ordenar, deducir, y al modo como trabaja el aparato digestivo con los alimentos, así el discurso con lo que á él desciende, elabora sus materiales nutritivos para constituirse la vida intelectual, el talento más ó menos desarrollado.

Y aquel ayuda á la memoria y ésta á la imaginación productora de sentimientos y afectos y se invierten las acciones é influencias de unas sobre otras facultades ó estados psíquicos y se entreteje así un conjunto útil, práctico y natural el más conveniente para la vida social, pero el más complejo y confuso para el análisis especulativo.

III

Voluntad

La otra potencia del alma de que he de ocuparme, es la voluntad ó sea: la aspiración, deseo ó querer que el alma tiene.

Y así como la inteligencia conoce la verdad, la voluntad la quiere porque ella es lo bueno.

Su fin, pues, en el hombre es determinado; el amor propio bien entendido; pero el camino ó impulsos volitivos para llegar á ese fin es indeterminado en sí mismo.

Hay, por lo tanto, vías que no son verdaderas, si las sigue el hombre va hacia el mal, no tiene buen amor propío. Así son muchas imaginaciones, sentimientos ó afectos que inducen con gran instancia á ir por ellas, pero no estando conformes con el fin de la voluntad no son las conducentes.

Prueba de ello es el desengaño, pena ó remordimiento que tarde ó temprano se despierta en quien por seguirlas ha encontrado el error.

Esa reacción misteriosa, la experimenta así el niño que comienza á usar de razón como el ignorante y el salvaje, á todos indica que van contra el fin de su voluntad.

Y de ello se deduce que hay algo escrito en nosotros ó sea el fin determinado de dicha facultad. Para alcanzarle, ya que el camino era indeterminado, se determinó añadiendo á las naturales inclinaciones y razón humana, la ciencia infusa de nuestros primeros padres, la ley natural, la escrita ó de Moisés, y en fin, la palabra de Dios, pues como dice Nuestro Señor Jesucristo: «Yo soy el camino y la vida.»

En esto, pues, y en las leyes de los códigos de las naciones tiene la voluntad trazado el buen derrotero para que siguiéndole, llegue à la meta de sus aspiraciones.

Si el hombre va por él, obra con libertad y sigue las insinuaciones de la verdad, pero ya he dicho que hay otras que son de la mentira y le impulsan á otra parte.

De esta doble solicitud, á veces en opuesto sentido, resulta la lucha entre el goce efímero actual y el imperecedero pero futuro.

La oposición á la libertad comienza en hacer obrar ó no al discurso ó en el modo de manejarle. Si se procede de conformidad con la inteligencia, se disfruta de libertad: «ubí veritas ibi libertas»; si la conformidad no existe, se opera sin ella, siguiéndose el camino de los afectos, ó el de la Demencia.

Todo lo cual, sancionado por la moral y hecho ya de sentido co-

mún por lo sabido, indudablemente debe tener su vinculación fisiológica y material según sea la modalidad psiquica en función.

Es de razón, pues, admitir que el fluido mental portador de amor propio, imaginaciones, afectos y demás formaciones ó en una palabra, de efectividad, circulará de diferente manera según los casos referidos, y así:

1.° Desde el cerebro podrá ir á la inteligencia sucediendo una de estas tres modalidades. Que la afectividad, hallándose conforme con ella, unidos ambos consoliden la buena acción. Que en vez de hallarse conformes las dos facultades están en oposición, pero usando de la libertad se obra en el discurso y demás determinaciones volitivas por la inteligencia. Que ante la oposición, se desprecia la libertad obrándose en el mismo con inteligencia pero al servicio de la afectividad.

2.° El fluido mental, por enfermedad del cerebro, no puede pasar al intelecto y toma sin ascender más, rumbo directo hacia el discurso.

Fijémonos en el párrafo 1.° y observaremos lo siguiente.

De la primera modalidad nacen las buenas acciones naturalmente practicadas, sin intervenir las luchas ú obstáculos circulatorios.

De la 2.ª, las que se practican venciendo á la naturaleza ó afectividad y por ende los obstáculos circulatorios ó fuerza atractiva de aquellas.

Por una especie de intermedio entre la 2.ª y 3.ª modalidad y por la 3.ª seguida totalmente, resulta la lucha con sus malas consecuencias que puede describirse así.

Mientras esta nace, se desarrolla y sostiene, la persona padece, colócase en una situación peligrosa de indecisión, de duda, de inquietud y estímulos encontrados y nace la pasión, estado al parecer constituído por el equilibrio oscilante entre las fuerzas afectivas y las intelectuales, de suerte que ó no se ejecutan actos ó llevan partes iguales vacilando de afectividad á inteligencia.

Al pronto, cuando aquella es poco intensa, puede sostenerse así el fluído mental; pero si la inteligencia no quiere resistir, si se desprecia la libertad, cesa el equilibrio y se obra según la afectividad de la cual solamente se carga el fluído, que ya por esto deja de circular normalmente (1).

Y fijándonos en el párrafo segundo, notaremos que la lucha no existe, la circulación es anómala, se tiene por verdadero el error, hay ceguera mental inconscientemente, y en vez de inteligencia, sentimiento pervertido, por el cual obra el discurso, tal es la demencia en mu-

(1) Véase el párrafo 3.° del capítulo II de la parte 2.ª

chas ocasiones, si bien en otras se constituye de distinto modo ó según luego se irá manifestando.

CAPÍTULO SEGUNDO

HIPÓTESIS SOBRE LA FISIOLOGÍA, ANATOMÍA Y PATOLOGÍA MENTAL

I

Actos fisiológicos.

En lo hasta aquí dicho, aunque dispersas, se hallan bastantes ideas sobre fisiología mental y vamos á recogerlas ahora para ordenarlas y amplificarlas del modo siguiente:

Existe un depósito centro de impulsión (corazón y modo de ser el hombre) que da movimiento á un fluído (fluído sentimental informe) y le hace pasar por varios órganos (circunvoluciones cerebrales) que dan forma á los afectos, sensaciones, recuerdos y demás que él trasporta, sobre todo al amor propio.

Recorrido, pues, todo el espesor de dichos órganos habiendo llegado al sumum de su ascensión, cuando no haya materia que atravesar, entonces parece que respira, sale á luz del mundo intelectual y conoce la realidad de lo que es en sí mismo, sabiendo el valor que ha de dar á las representaciones ó formaciones del fluído.

Por ciertas enfermedades se impide á veces el traspaso del líquido y no ascendiendo á la superior altura, no llega á vida, queda sólo en lo de la imaginación.

Y ya desde esta sin iluminar, ó desde la inteligencia iluminado desciende instantáneamente al discurso como cae por su propio peso al receptáculo el agua que ha ascendido más ó menos por un surtidor, si bien la rapidez es incomparablemente mayor, casi sin mediar tiempo.

En estc receptáculo (discurso) se trabaja con lo que desciende y en proporción de la pureza ó integridad de lo que interviene en la función.

Su resultante se resuelve en determinaciones volitivas, una de las cuales es ó puede ser: dar mayor ó menor impulso y elementos de vida al fluído inicial.

No pasa, pues, á la inteligencia lo que toca circunvolución enferma, lo demás sí, pero al juntarse uno y otro en el discurso, resulta un líquido no del todo diáfano; enturbiado por lo que viene de circunvolución enferma; de consiguiente, con materiales averiados no puede haber perfecta operación discursiva.

También es dable pensar que las circunvoluciones se anastomosan entre sí, que tal vez la localización de existencias sea distinta de la de tiempo y espacio y que hay comunicaciones entre las representaciones imaginarias y los órganos de los sentidos.

La impulsión circulatoria del fluído mental no siempre tiene igual fuerza, necesita descansar así como también la acción de las circunvoluciones y esto sucede durante el *sueño*, estado en el que aquél no asciende á la zona mental del cerebro y no se siente, ni se imagina ni se discurre. Pero si la fuerza ascensional aumenta algo y llega el fluído á las circunvoluciones sin trasponerlas, éstas obran por sí solas y llevan al discurso lo percibido para constituirse los ensueños y pesadillas más ó menos fuertes.

II

Partes del sistema nervioso á que se hallan vinculados los actos fisiológicos anteriores. Anatomía mental.

Claro está que no corresponde en absoluto lo que voy exponiendo á la realidad; pero además de fundarse en verdades muy luminosas, creo que, como luego quedará probado, es admisible, una vez descartada la parte tosca de la descripción, ó sea la forma de que nos valemos para explicar menos abstractamente las ideas.

He aquí cómo considero lo material ú orgánico de lo espiritual hasta aquí dicho.

El corazón impulsa á la sangre, pero el modo como lo hace, sus variantes en tensión, rocés, calor, inervación propia (ganglios de Bidder Schdmidt Ludwing) y la misma sangre con sus misteriosas reacciones vitales, son fenómenos, que muy bien pueden relacionarse para formar en dicho centro, algo que por las vías de los nervios tróficos, ó de los plexos microscópicos vasculares enlazados con los del corazón ya nombrados, ascienda al cerebro y legitime las frases admitidas de «tener buen ó mal corazón» por buenos ó malos sentimientos, «Impulsos del corazón», «corazonadas», etc.

Tenemos, pues, órganos á que puede vincularse el fluído mental cuya perfección y agudeza concierta con la más ó menos buena construcción orgánica y aunque con gérmenes variados asciende sin forma por los indicados nervios vasculares á donde existe la virtud de dársela ó sea al cerebro.

Ya aquí, se dirige á sus circunvoluciones, órganos más bien formadores que de transmisión y adquieren formas las semillas del fluído adecuadas á lo que ellos mismos son, tratándose del estado normal.

Los sentidos tienen su impulso en lo exterior (vibraciones del éter) del hombre, y se trasmite el fluído, luz, sonido, etc., correspondiente á cada uno, pasando á la inteligencia después de atravesar el pliegue curvo (vista), la primera circunvolución temporal (oído), etc.

Las imágenes formadas en las circunvoluciones, también pueden ser impulsos sensoriales impresionando los órganos centrales de los sentidos, como se explica más adelante ó en las alucinaciones.

La inteligencia, bondad y libertad se posesionan del fluído, que aparece libre de sustancia circunvolucional en la periferia del encéfalo, iluminando las representaciones que trae y se entiende lo que son.

El discurso podemos colocarlo en los ganglios cerebrales y sustancia gris ventricular; siquiera solamente sea por la buena comunicación que establecen entre lo superior é inferior.

No hay inconveniente en admitir que, las fibras ascendentes de la corona radiante de Reil, sean conductores de los impulsos afectivos, sirviendo las descendentes de camino para bajar á la zona discursal el mismo fluído después de influenciado por las imaginaciones é inteligencia.

Y, finalmente, la voluntad trasmitiría sus mandatos por los cordones motores que unen á los órganos de la mencionada zona y circunvoluciones, con la sustancia blanca del cerebro y cerebelo por medio de las cápsulas, pedúnculos y demás, yendo por las pirámides, médula y nervios á las diferentes partes del cuerpo según está probado.

III

Explicación de la demencia por las hipótesis expuestas. Patología mental en general.

Digamos ante todo cuatro palabras acerca del hipnotismo ya que à primera vista se parece algo á demencia.

Por la semejanza y modo de ser de los hombres, por la elocuencia, el amor y otras causas, puede una persona comunicar á otras sus sentimientos, cosa natural y buena en cuanto á ser facultad.

Mas hay casos en los cuales para hacer que se obre según voluntad ajena, intervienen circunstancias especialísimas á cuvo conjunto se denomina hipnotismo; ellas son sumisión completa y exagerada de una parte, imperio enérgico de otra y especie de contrato entre ambas por el que abdica la personalidad psíquica el sumiso en favor del imperante.

Si el hipnotizador no abusa de su poder, si lo emplea para buen fin, la intención no parece mala, pero la obra en sí, nos dice que se trata

de conseguir un efecto sobrenatural, pues si se emplea un agente que tiene tal ó cual virtud como v. g. el opio, el cloroformo, etc, para calmar dolores, no nos extraña el efecto, pero si se usa lo que no tiene semejante facultad y este resulta, habremos de pensar en algo no natural.

Parécese el hipnotizado á un demente voluntario con circunstancias no explicadas científicamente; pues, además de provocársele la privación mental por causa no natural, cae en un sonambulismo de sensibilidad, inteligencia y voluntad muy impropio y desproporcionado á sus facultades, porque si cambia su personalidad no es ridículamente como en la locura, sino con tal propiedad que desde luego se denuncia por lo artística, como cosa ajena á las facultades del sugestionado, habiendo con esto suficiente motivo para ratificarnos en la ingerencia de algo sobrenatural, quizás diabólico para algunos (1) y y sin que por esto vea yo maldad consciente en las personas concurrentes al acto.

Es también contradictorio que para poner muy sábio y despejado al paciente se comience por el atontamiento de dormirle, es decir, por suprimir su personalidad y posesionársele otra según se deduce del anterior párrafo.

La voluntad del hombre, por sí sola, no puede modificar las leyes de la naturaleza; en prueba de ello, los santos al hacer milagros, han reconocido siempre su impotencia; los han efectuado en nombre de Dios.

Además, que por el poder ajeno le sean quitadas las penas á quien no puede aniquilárselas con el suyo, sucediendo que á iguales condiciones se halla sujeto todo sumiso, aunque antes haya sido sometedor, es afirmar nuevamente que existe una intervención superior á la voluntad de ambos ó humana; y admitida tal conclusión, nos vemos en el caso de trasladar el asunto á las ciencias religioso-filosóficas cuyas conclusiones sobre la materia indicarán la conducta que debemos seguir.

Pasemos ahora al estudio de la demencia.

Hemos dicho que pueden enfermar las partes nerviosas ó ser de escaso desarrollo y ahora completaremos que, según sean las afectadas, habrá diferencia en las anomalías funcionales. Veamos cuales sean estas.

A. Mala conformación ó defecto en los órganos del discurso.—En este caso, el impulso del corazón, las formaciones imaginarias, la inteligencia y demás facultades superiores no se resistirán primitiva-

(1) P. Franco.—El Hipnotismo puesto en moda.

mente, pero lo vinculado al discurso ó sea la generalización, la inducción, la comparación y demás de su incumbencia se hará con una imperfección notable chocante, apareciendo el enfermo ó defectuoso, como un imbecil; y puesto que la privación mental recae primordialmente sobre el discurso, bien pudiera llamarse demencia discursal.

B. Estado patológico de alguna ó algunas circunvoluciones generales.—Por esta anómala disposición, no pasará á la inteligencia lo malamente formado y caerá por la fuerza de vuelta de surtidor al discurso, donde enturbiará lo que viene de sitios sanos y así se formará un delirio *determinado* al venir lo morboso siempre de un mismo punto.

Y como la impotencia principal consiste, en no intervenir por completo la inteligencia en las operaciones imaginales se puede llamar á esta locura Demencia intelectual parcial con delirio *determinado.*

C. Estado patológico en el fluído mental.—Cuando esto ocurre, el fluído enferma y hace funcionar patológicamente á las cincunvoluciones; como en él no hay fijeza circulatoria, según veremos, se trasporta rápidamente el mal de unas á otras y ocurre un delirio versatil, contradictorio: pues tan pronto están buenas como enfermas unas mismas partes nerviosas. Podemos, pues, designar esta situación: Demencia intelectual incompleta con delirio *indeterminado* ó inconstante.

D. Estado patológico simultáneo de todas las circunvoluciones.—No asciende nada á la inteligencia; el cierre es completo; se estanca en aquellas para ir desde aqui al discurso el fluido sentimental con sus formaciones imaginarias. Veremos al detallar esta situación que le cuadra bien el nombre de Demencia intelectual completa con delirio de abstraqción.

Delirio.—En las tres formas precedentes se percibe una cosa de común ó sea el Delirio y como en las tres existe también el desórden ó alteración circunvolucional podremos definirle diciendo que *depende de un estado patológico de las circunvoluciones por el cual se impide el paso de lo imaginado á la inteligencia.*

Quien le padece cambia lo positivo actual, por otras cosas erróneas que engañan más, con las alucinaciones ó ilusiones.

El cambio vesanico se constituye así. El fluído sentimental viene á las circunvoluciones con tales ó cuales gérmenes y si por indisposición morbosa halla alguna ó algunas cerradas, no pudiendo seguir su curso hasta la inteligencia, se estanca en estas y cavilando, se forma la extravagancia que normalmente se operaría también pues el amor propio generalmente induce á ello, pero se desvanecería al momento por la ilustración intelectual; más como en la Demencia se carece de

ésta, no hay quien destruya el error, y por lo tanto se cree lo que se siente, cosa que no deja de ser un fundamento de certeza consolidado grandemente con lo que sigue.

Alucinaciones.—Son representaciones sensoriales que no corresponden á lo actual. Como no pasan de la imaginación, van directamente al discurso con toda la magnitud allí recibida y abultada por la no intervención intelectual.

La analogía nos conduce á juzgar de esta manera; pues así como cuando se ha inutilizado una porción de la médula espinal, los reflejos de la parte inmediata inferior sana se efectúan con más espontaneidad, casi sin motivo por faltar la inhibición del estado fisiológico que refrenaría la pretensión á tales reflejos, así no existiendo el dominio intelectual se exalta grandemente la acción imaginaria.

Además, la exageración sentimental provoca atracción de vida hacia la parte excitada, á expensas muy probablemente de las otras circunstantes que quedan como inertes, lo cual da lugar á dos cosas: 1.ª, á que estas que pudieran conceptuarse sanas se vean privadas de potencia para deshacer el error sensorial, 2.ª á que tan extraordinaria viveza sin nada que la aminore, impresione los centros nerviosos de los sentidos por vías trasmisorias anormales, pero de existencia indudable, opinando yo que sean la difusión ó propagación del contacto ó choque sentimental, como crecen las ondas líquidas engendradas por la piedra que se tira al agua, tanto mejor, cuanto menos obstáculos se opongan á su marcha, siendo aquì casi nulos, pues ya he dicho que las partes no primitivamente interesadas en el sentimiento están como adormecidas, en estado de gran pasividad; y así llega la impresión al centro nervioso de cualquiera de los sentidos, naturalmente pasivos, y se da la sensación cual verdadera.

Ilusiones.—Son las mismas alucinaciones, pero, fundadas en algo actual, como v. g. tomar á un palo por un fusil, un trueno por un cañonazo, etc.

El modo de constituirse es, pues, igual; toda la diferencia proviene del tema del delirio, y si bien es cierto que se fundan en algo actual, también lo es que lo añadido no tiene real existencia, es alucinación.

E. *Reducción del área circulatoria del fluido por no llegar á las circunvoluciones imaginales.*—Ya sea que estas se hallen obstruídas hasta no dejar entrar nada en su interior, ó que el fluído sentimental no traiga fuerza ascensional suficiente, acórtase la órbita circulatoria y va desde luego al discurso sin pasar por la imaginación, llevando poco más, tal vez, que lo de las sensaciones y necesidades instintivas, así

pues, en vista de tal impotencia ó privación, distinguimos esta vesania con el nombre de demencia imaginal.

F. *Ausencia del fluído en lo que comprende la vida de relación.*— Este estado es más bien un episodio de las vesanias ó enfermedad que se estudia en las patologías no especiales, se caracteriza por la pérdida completa de sentidos y potencias, ó sea del conocimiento, y hago mención de él por seguir las manifestaciones morbosas resultantes de la limitación cada vez más reducida del círculo mental. Puede darse á esta demencia el calificativo de animal.

G. *Demencia secundaria.*—Las mentopatias hasta aquí referidas son esenciales, ó constituyen ellas mismas, si no lo total, lo principal y causal de la enfermedad; pero hay multitud de otros afectos que dan lugar á la demencia que llamo secundaria, porque lo primero, y casi generador del estado pático, es la otra afección distinta de la locura.

IV

Conversión de la hipótesis en teoría.

Con la teoría de la circulación del fluído sentimental, se explican ó conforman los siguientes principios y fenómenos:

1.° Según Aristóteles:—«*Nihil est intellectu quod prius non fuerit in sensu.*» Nada hay en la inteligencia que antes no haya estado en el sentido; y ya hemos visto que las operaciones mentales pasan antes por la zona sentimental que por la inteligencia.

2.° Por experiencia propia y ajena sabemos que, cuando se siente con vehemencia, se modifica primeramente la funcionalidad cardiaca, no siendo raro que sobrevengan palpitaciones, desórdenes en la circulación del rostro, desmayos, síncopes, etc., antes que hayamos compuesto alguna expresión intelectual por consecuencia de este sentir. Así se opina actualmente en medicina según puede leerse en la «Fisiología humana, teórica y experimental,» de D. Jose Gómez Ocaña (1).

3.° Por esto, y sobre todo por lo que dice Nuestro Señor Jesucristo: «Aprended de mí, que soy manso y humilde de corazón;» David: «*Cor mundum..... Cor contritum et humiliatum*».....; la Iglesia: «Pésame, Señor, de todo corazón,» etc., etc., debe tenerse como seguro que en el corazón están los gérmenes del sentimiento.

4.° Lo mismo se indica también (é insisto aquí porque se vea la conformidad entre la ciencia y la religión) con la devoción al Sagrado

(1) Del corazón como órgano de expresión para los afectos.

Corazón de Jesús proviniente de modo sobrenatural y establecida por el mismo Dios, manifestándonos que las primicias y origen de los sentimientos están en dicha víscera, y que reduciéndose todos ellos al amor, bien ó mal entendido, como este en Jesús fué infinitamente bueno para los hombres, al venerar al Corazón de Jesús ó sea al amor de Jesús hacia nosotros, reverenciamos el orígen, principio y punto de partida de nuestra felicidad.

5.° Siendo, pues, el órgano citado, sitio de impresión (en la manera que llevamos expuesto) para que la recepción se efectúe en el cerebro, ha de haber trasmisión, y de aquí la real existencia de trayecto circulatorio recorrido por el fluído sentimental que, muy bien puede transportarse por los repetidos vaso-motores y plexos de Anherbach existentes en las paredes vasculares, influyentes sobre su calibre, comunicantes con las células nerviosas encefálicas y trasmisores de oficio por su carácter de tejido nervioso en fibras.

6.° Las alucinaciones é ilusiones se explican bien por la carencia de inhibición intelectual, y como es ley fisiológica que la parte inhibida ha de ser topográficamente inferior á la que inhibe, resulta confirmado el trayecto circulatorio hasta la inteligencia por el fenómeno fisiológico en cuestión.

7.° En el párrafo segundo (Entendimiento), se prueba la necesidad de que en pasando por la zona intelectual descienda la trasmisión circulatoria al discurso. Y lo demás de su rumbo se acepta por el común sentir científico.

8.° Las explicaciones que he dado de los fenómenos mentales más importantes, aunque varios, hemos visto que se fundan todos en el mismo principio teórico, anatómico, fisiológica y patológicamente considerado, lo cual quiere decir que es única su causa, que hay unidad fundamental, y por lo tanto, mucha probabilidad de certeza en nuestro modo de pensar.

9.° Y no existiendo contradicción entre lo demás propuesto hipotéticamente y lo que nos enseñan las ciencias religiosas, filosóficas y biológicas, creo de razón y justicia aceptar como teoría lo anteriormente escrito, que según vemos, también se corrobora con la terapéutica, y que se compendia del modo siguiente:

Circulación de un fluído sentimental informe en su origen ó sea en el corazón, con forma en las circunvoluciones y con forma y vida real al haberlas traspasado ó en la inteligencia, descendiendo instantáneamente al discurso, y, en fin, al punto de partida desde donde más ó menos modificado imprímele este nuevamente su influencia para repetir el círculo, que va desahogándose por los actos de voluntad engendrados en todo su trayecto.

(CUADRO 1.º)

Clasificación general de las Demencias.

TIPO	CLASES	ÓRDENES	GÉNEROS	ESPECIES
Las Demencias pueden ser...	1.ª Esenciales ó primitivas.	1.º Discursal.—Privación de discurso.	»	Sin delirio.—Con imaginación.—(Imbéciles).
		2.º Intelectual. — Privación de inteligencia.	Incompleta..	Con delirio determinado.
				» » indeterminado.
			Completa....	» de abstracción.
		3.º Imaginal.—Privación de imaginación.	»	Sin delirio ni imaginación.—(Idiotismo).
		4.º Animal.—Privación de la vida de relación.	»	Pérdida del conocimiento.
	2.ª Secundarias ó consecutivas.	Síntomas de la enfermedad principal á los que se juntan, síndromes de locura que pueden variar en un mismo enfermo.—Se clasifican detalladamente al empezar su estudio.		

Ahora podemos definir la Demencia diciendo que es un estado patológico de las partes nerviosas, asiento de las operaciones mentales y por el que estas carecen de algún acto más ó menos importante ó de alguna intervención que debiera completarlas.

Ya he hablado de sus divisiones, restame advertir.

1.° Que uso el nombre de Demencia (1) porque significa privación y dice así lo que principalmente caracteriza á la enfermedad.

2.° Que las voces Enagenación ó Alienación frecuentemente no son apropiadas, pues no puede enagenarse lo que ni existe ni ha existido, como sucede en el Idiotismo y siempre sintetizan mal el proceso, al menos con arreglo á mi teoría.

3.° Que la palabra Manía puede tomarse cual sinónima de Delirio *indeterminado*. La Monomanía viene á significar delirio *determinado*; adelante detallaré los calificativos correspondientes á Monomanía religiosa, de persecución, Megallomanía, licantropía, etc.

Y creo suficiente lo dicho para poder deducir á modo de resumen la anterior clasificación de la Demencia en general.

PARTE SEGUNDA

PATOLOGIA MENTAL EN PARTICULAR

PRIMERA CLASE.—DEMENCIAS ESENCIALES

Estas se presentan con un síndrome constante en cuanto á lo fundamental que constituye el carácterer extravagante de los enfermos, inherentes á su modo de ser para poder aplicárseles muy bien al adagio de: «genio y figura hasta la sepultura.»

Caracterízanse también, porque no se vé algún otro desarreglo anterior ó causante del frenopático.

Y así mismo se distinguen por su duración muy larga, frecuentemente hasta el fin de la vida.

Vamos á exponer en otros tantos capítulos cada uno de los órdenes que comprende la Clase.

(1) *De* es partícula que indica privación en Demens, Deformis, Decolor, etcétera. Diccionario Valvuena reformado.

CAPITULO I

PRIMER ORDEN.—DEMENCIA DISCURSAL

I

Lesiones orgánicas.

La comparación, la inducción, la deducción y demás operaciones discursivas, las hemos anexionado á la sustancia grís de tálamos ópticos, núcleos caudal y lenticular y otros extractos celulares de la base del cerebro.

¿Porqué lo hacemos así? 1.° Porque la sustancia grís nerviosa es más bien formadora qne conductora. 2.° Porque á la misma clase de materia de las otras partes del mismo centro acostumbra á asignársele distintas ocupaciones. 3.° Porque de su topografía sugiere la consideración de receptáculos de lo que baja, ó condensadores de lo expansionado. 4.° Por su unión más inmediata con los trasmisores de actos volitivos, en armonía con la funcionalidad mental expuesta. 5.° Por ser así, como la conjunción entre la inteligencia, imaginación y sentidos de una parte, y la transmisión de la voluntad de otra.

Seguramente que en los manicomios no escasean piezas anatómicas como huesos, bóvedas craneanas de escesivo espesor parietal, porciones de encéfalo maceradas ó modeladas en escayola, etc., que también, aunque indirectamente, concurren á certificar nuestras aseveraciones.

Directamente y de un modo experimental bien detallado no se ha podido localizar la generalización, comparación y otros actos discursales, lo que no es extraño, pues si el Autor de la Naturaleza ha puesto fuerzas gigantescas no espirituales en cantidad de materia casi inapreciable por lo diminuta, v. gr., fenómenos nutritivos celulares, el salto de una pulga, el zumbar de un mosquisto, la toxicidad ó el laboratorio químico-biológico de los microbios, etc., parece que el alarde de poder en este sentido ha de sublimarse cuando se trata de acciones espirituales.

II

Manifestaciones sociales de estos dementes.

Dentro de la indisposición común las diferencias individuales permiten hacer varios grupos, que se distinguen entre sí por el carácter personal del paciente ó por su inclinación natural á tales ó cuales afecciones.

1.° Una reunión puede formarse con aquellos que desde niños han sido notablemente torpes, no han aprendido á leer, contar ni casi rezar.

Conocen su cortedad mental, y por eso se muestran sumisos, especialmente en el discurrir, aun á niños menores que ellos.

Sabemos que entre dos ó más cuerdos que hablan hay comunicación de sentimientos porque se entienden, pero si se trata de un interlocutor imbécil, como no discurre bien, no comprende; no pudiendo seguir á quien le dirige la palabra, concluye por quedarse parado, manifestando su incapacidad con cierta sonrisa de impavidez y asintiendo sin saber á qué.

Es raro que tengan pasiones exaltadas, son más bien peticiones de las humanas necesidades no refrenadas por el discurso y expuestas sin hipocresía estrafalariamente. En verdad que son sumisos; mas no basta esto para hacerles aprender algún oficio; su incapacidad les impide pasar de remendones y gracias.

Aunque saben lo ordinario y superficial de la vida de relación no valen para criados, su carácter y modo de ser choca á los demás, siendo ocasión de burlas, abusos y aun agresiones de las que no son responsables los imbéciles sino quienes los provocan. Generalmente visten sin extravagancia y gozan de buena salud, á no ser que ofrezcan alguna imperfección física congénita (labio leporino, pie contrahecho, lenguaje imperfecto, tartamudez, pronunciación pueril, etc.)

2.° Otra agrupación puede hacerse con los que también son sumisos, como los del grupo anterior; pero los caracteriza su suspicacia ó mal modo de interpretar las bromas sencillas, que se les gastan por alguno de sus actos tontos y sin discurso.

Si por cualquiera de ellos se les llama con algún apodo burlesco, enfurecen de un modo extraordinario, excitan la hilaridad de quien les observa, y arman escándalos, de los que sacan partido para divertirse los chicos y gente poco seria, pues con su empeño en querer corregir un mal lo agravan más; si pensasen según el común sentir pronto lograrían desvanecerlo.

En todo lo demás vienen á ser como los del grupo precedente.

3.° Este 3.° se señala por la indiferencia. Sus individuos visten con gran desaseo, no cuidan de la limpieza de su persona, ni quieren, ni pueden ocuparse en algo formal, ni aun saben pedir limosna, ni comer con regla ni menos ordenar su conducta á algún fin de laboriosidad.

Y esto, unido á su modo de hablar y discurrir dá á conocer claramente la demencia que sufren. No son sumisos sino más bien agresi-

vos á poco que se les hable en sentido jocoso, pues conociendo su mal modo de vivir, por cualquier palabra insignificante se consideran motejados.

4.° Coloco también en otro grupo á aquellos cuyo tipo puede ser así. Las imaginaciones llegan á hacerse pasionales y suben á la inteli gencia; todo va bien hasta aquí; pero al bajar al discurso no hallan normal funcionalidad para contrarrescarlas, y no pudiendo resistirlas el individuo, obra como un inmoral más ó menos desenfrenado. Tal es la locura moral de algunos autores.

Todos los dementes de esta clase acostumbran á aparecer algo embusteros y más los de este grupo; pero se les conoce fácilmente. Ponen los medios que pueden para figurar como de familia rica y noble, en cuyo empeño gastan lo que tal vez ampara ó debía ser para cubrir sus desatentas necesidades. No tarda en conocérseles cual trapaceros ó dilapidadores, embusteros, pródigos, etc. Caen en las consecuencias de amores malos; hacen frecuentes viajes y su informalidad les obliga á menudo á mudar de domicilio. Son solteros ó malos casados, no tienen oficio ni carrera y viven llenos de presunción é ilusiones pensando que los demás los creen, al juzgarles tan bobos como ellos son.

Y todos los actos que cometen les acreditan de dementes porque los hacen sin fin útil, sin hipocresía, con la osadía de la ignorancia, delatándose por el perjuicio que á sí mismos se irrogan, más de tontos ó insensatos, que de malos, porque esto ni saben serlo.

5.° Como consecuencia de la avanzada edad, llegan á atrofiarse los órganos del discurso y se constituye una especie de demencia ó chochez más ó menos apreciable.

Los que la padecen no comparan bien, tienen poca memoria, hácense susceptibles ó raros en demasía, se ridiculizan por algo que desdice grandemente de lo común á su clase y condiciones y que es origen de burlas; otros se vuelven como inmorales, impúdicos ó muy avaros sancionando los dichos vulgares de «á la vejez jota verde», «cuanto más viejo más pellejo» etc. Y todo esto lo hacen sin discurso, sin sentido, manifestando y dejando comprender que si tuvieran cabal conocimiento no lo harían.

En cada uno de estos grupos caben muchas variedades; pero, con más ó menos aproximación, siempre podemos referirlas á los tipos expuestos ó á otros que en caso de ofrecerse pueden formarse de un modo análogo.

Finalmente, para resumir el presente párrafo y fijar algo la tecnología, propongo el siguiente cuadro.

(CUADRO 2.º)

Demencias esenciales.

PRIMER ORDEN.—DISCURSAL

Especie.	Formas.	Sus caracteres.
Sin delirio con imaginación (imbéciles.)	1.ª De Sumisión.	Hay docilidad.—Lo más notable es la afabilidad aun para lo contrario á ellos, como expresiva de su escaso discurso.
	2.ª De Susceptibilidad.	También hay docilidad si el trato es conveniente.—Resalta la gran susceptibilidad y formas extrafalarias de manifestarla.
	3.ª De Indiferencia.	Es notable el gran abandono que domina en su modo de ser por el que y por lo uraños que son, discrepan bien.
	4.ª De Insensatez.	Sobresale el imperio de pasiones que además van expuestas con mal discurso (Locura moral.)
	5.ª De Chochez.	Se constituye con alguna ó algunas manifestaciones de los grupos anteriores.—Ancianidad y predisposición.

El diagnóstico de esta demencia y sus formas se hace en el capítulo de más adelante destinado al efecto.

CAPITULO II

SEGUNDO ORDEN—DEMENCIA INTELECTUAL INCOMPLETA Ó DE PRIMER GÉNERO

PRIMERA ESPECIE—CON DELIRIO DETERMINADO

I

Etiología.

Como ya hemos dicho, lo primitivamente enfermo son las circunvoluciones.

Puesto que las manifestaciones morbosas son de existencia muy larga y puesto que su principal factor genérico es la predisposición, considero que hay algo congénito en el individuo, lo más eficaz para que nazca ó se desarrolle esta clase de demencia, frecuentemente señalado por la idiosincracia nerviosa más ó menos heredada.

La edad de los desengaños, ó hacia la virilidad, es la época predilecta para que comience el mal. Durante la juventud, las ilusiones fomentan una esperanza tranquilizadora, pero cuando van faltando, si no hay quien las sustituya, como ha desaparecido lo que sostenía en buena disposición á las células nerviosas de las circunvoluciones, se altera la textura de las predispuestas á enfermar y viene la mentopatía.

Ya he dicho al tratar de la voluntad lo que debe esperarse de las pasiones: tienden á desordenar la conformación anatómica, encefálica ó su circulación funcional, según se deduce que, haciéndose exageradas por no dominarlas á su tiempo, degeneran en locura. A semejante extremo conduce en los predispuestos el orgullo, la vanidad, la pereza, etc., y muchísimo más fácilmente ciegan el amor y la ira, que en cambio se desvanecen también en igual proporción; son pasajeras.

La mala educación y el poco aprecio de la virtud dan el mismo resultado de perturbación orgánica celular: todos sabemos cuán necesarias son la fe, la esperanza, caridad, prudencia, templanza... para dar resistentes fundamentos á nuestra parte psíquica, para que haya honradez y verdad en el trato social, para tener armas de pelea en los rudos combates de la vida y para que exista perfección mental; de todas estas provisiones se cuida la Religión, á la cual el hombre es natural é instintivamente inclinado, pues le procura no sólo consuelo en las

adversidades y reglas de conducta para hacer su felicidad, si que á la par contribuye al fisiologismo del sentido mental y circunvoluciones.

A igual estado patológico venimos á parar por otras causas de acción más visible, cuales son: las vigilias prolongadas, estudios exagerados, insolaciones, alcohol, etc., pero frecuentemente dan lugar al mismo tiempo á enfermedades más considerables que la locura, por lo que se le da el calificativo de secundaria.

II

Lesiones anatómicas.

Citaremos en primer término la tan repetida predisposición. Esta consiste en el modo de ser la organización del hombre apta para enfermedades de cierta índole.

Fúndase, en que la naturaleza del ser humano, si bien de orígen único, varía según las razas, según las naciones y aún según las familias, y esta distinción trasciende aún hasta el modo de padecer, y también tiene su génesis en los hábitos que por razón de profesión, costumbres ú oficio crean una segunda naturaleza; de modo sea: que el haber existido parientes próximos mentalmente enagenados, el temperamento é idiosincrasia nerviosos, el género de vida que á veces obliga á volverse uno susceptible é hiperesténico y otras circunstancias variables, crean un estado general orgánico propicio al asiento de la locura.

Pero indudablemente hay algo más que esta especial manera de ser, algo de lesión determinada, según corresponde á lo fijo y determinado del síndrome; y este algo, según nuestra teoría, ha de residir en las circunvoluciones ó donde mora la imaginación y ha de consistir sobre todo, en el impedimento patológico para ser atravesadas por el fluido sentimental, que se estanca y allí marcha luego al discurso.

La rapidez con que anda el elemento circulante impide que se disocien los actos y aparezcan inconexos; si v. g. un cuerdo imagina ilusoriamente ser rey, va tan luego á desvanecerse esto en la inteligencia, que ni se da cuenta el sujeto de su imaginación, pero si está demente, se detiene la imagen en las circunvoluciones y faltando la superior ilustración queda el acto mental incompleto, como incompleto sería en el cinematógrafo, el retrato de un movimiento al que le faltara alguna lámina elemental componente.

La lesión, por otra parte, no es general; hay circunvoluciones sanas y de aquí que el enfermo pueda relacionarse con lo actual, que las

manifestaciones extravagantes sean siempre análogas, pues constantemente el mal está en el mismo sitio y que se expongan razonadamente a causa de existir dichas partes indemnes.

Lo del delirio vuelve á componer el fluido sentimental, sosteniéndose su germen (á pesar de las expansiones ó desahogos que procuran los actos) por la repetición del círculo imperfecto que vuelve á completar el error.

III

Manifestaciones sociales de los dementes intelectuales con delirio determinado.

Lo más culminante en ellos es el delirio constante en cuanto á significar siempre el mismo cambio en las cualidades de personas y cosas.

Interviene en su constitución el fluido sentimental que transporta al cerebro el amor propio con sus modalidades ó gérmenes informes.

En llegando aquí se desparraman, yendo cada uno á la circonvolución respectiva ú homóloga para formar las correspondientes imaginaciones. Y así se fraguan las aficiones ó sentimientos de grandezas, honores, religión, salud, amor natural, etc.; bien en sentido de confianza en estas cosas que pueden dar vida al amor propio, bien en sentido de desconfianza porque puedan faltar y acarrear la muerte del mismo.

Y según las semillas que sin ser morbosas transporte aquel, las circonvoluciones, malamente dispuestas, compondrán cavilaciones no expresivas de equilibrio ó casi como normalmente, sino de exageración directa ó indirecta de cada modalidad, esto es: de confianza, gozo ó esperanza sin mezcla intelectual de lo contrario, (en lo que consiste la destemplanza), ó al revés de desconfianza, temor y retraimiento, concurriendo las alucinaciones é ilusiones para que en definitiva se constituya el delirio.

Si v. g. la circonvolución de grandezas y honores está enferma, se manifestará aquel directamente diciendo el demente que es rey ó príncipe etc. El mismo delirio indirecto, se expondrá sintiendo que los demás le son muy inferiores en nobleza, bondad, inteligencia, etc., por lo que les teme cuerdamente pero basándose en apreciaciones morbosas.

El delirio directo de riquezas por lesión de la parte nerviosa respectiva, se manifestará expresando el enfermo ser millonario, dueño de palacios, dispuesto á conceder gracias y mercedes estupendas. Y el

indirecto, creyendo que va á faltarle tierra donde pisar, desconfiando de lo mudable de los acontecimientos, de la providencia y de todo, procura y se afana en adquirir riquezas y no gastarlas.

El delirio de religión directo se ostentizará proclamándose Dios ó cualquier otro ser sobrenatural poderoso. El indirecto (con perturbación orgánica en la misma circonvolución cayendo el loco en la desesperación, pensará estar condenado, lleno de escrúpulos y sin conceder la existencia de perdón y misericordia.

Se delirará por sabiduría directamente, manifestándose descubridor del movimiento perpétuo, de la cuadratura del círculo, etc. E indirectamente considerando lo ajeno á su Yo sentimental inepto, desconfiando de sus facultades hasta creerle tal vez una bestia.

El delirio directo de amor á la vida, se expondrá con exageraciones en los instintos, especialmente sexuales, trajes provocativos y maneras afeminadas. El indirecto, con desconfianza en la propia salud ó en lo ajeno á su Yo sentimental, creyéndose enfermo el loco de mil modos extravagantes.

Sucede además, que en unos momentos puede tener delirio en sentido directo y luego manifestarle en sentido indirecto en la misma conversación, pero siempre bajo igual fundamento, lo cual puede calificarse como divagación completa.

Y debiendo notarse también que, el enfermo experimenta contrariedad, por razón de no practicarse lo que corresponde á su sentir y esta cordura para conocer tal inconexión, basada en lo bien que están las otras circunvoluciones, no deja de enmarañar grandemente la situación, convirtiéndola en compleja por demás, á veces.

Vemos, pues, que el amor propio tomando diferentes afectos según las circunvoluciones y géneros de representaciones que éstas forman, se exterioriza respectivamente en cada caso directa, indirecta y completamente, pero como la significación delirante de todos modos puede ser igual, también será igual la circunvolución que padece: y como hay oposición de ideas significativas del mismo desórden sentimental, y no es por exceso ó defecto porque con igual intensidad vive la emoción en ambos sentidos directo é indirecto, se deja ver algo así como la distinción cualitativa que separa lo positivo de lo negativo.

Una clase, pues, de ideas, imaginando por confianza, puesto que el caso revela acción aditiva, representara el exclusivismo positivo de una circunvolución dada.

La misma clase de ideas, pero imaginando á impulso de la desconfianza, como el resultado es sustractivo, manifiesta el exclusivismo funcional negativo de la misma parte. Y la alternativa entre estas dos modalidades da lugar á indisposición oscilante.

Claro es que hallándose sanas las partes de referencia, no se exageran en un sentido ni en otro. La influencia intelectual nivela ó equilibra los excesos y se sostiene la cordura.

Importa, pues, no dejar dueña á la imaginación de lo que implica perjuicio, pues sin inteligencia niveladora, ó ésta al servicio de aquélla, ocurrirán desequilibrios sentimentales, como ya he dicho al hablar de la voluntad (capítulo I, párrafo III) conducentes tal vez á la Demencia ó más frecuentemente al imperio de la pasión, cuyo concepto es del caso aclarar ahora, reflexionando que si la lentitud del elemento circulante produce actos pasionales, el mismo estado psíquico, en lo que tiene de material, dependerá de su marcha pesada, más ó menos voluntaria, hacia la superior altura.

Y estas consideraciones nos llevan á clasificar la locura intélectual completa con delirio determinado del modo siguiente:

CUADRO 3.°

Demencia intelectual incompleta.

1.ª especie.	Subespecies.		Formas.
Delirio determinado. Se basa en la perversión del amor propio.	1.ª Positivo. —Hay presunción sin rebajar lo ageno al yo sentimental. (Megalomanías).	*Con fianza en:*	Política. Nobleza y bondad. Riquezas. Religión.—Monomanía religiosa. Salud y amor á la vida. Sabiduría.
	2.ª Negativo. —Hay presunción rebajando lo ageno al yo sentimental. (Melancolías).	*Descon fianza en*	Política.—Delirio de persecución. Nobleza y bondad. Riquezas (delirio de avaricia) Religión.—Demonomania. Salud.—Hipocondría. Sabiduría.—Licantropía.
	3.ª Oscilante.—Alternando las dos modalidades anteriores.		Se pasa en una misma conversación ó en conversaciones distintas, de una de las modalidades anteriores á la equivalentes de sentido opuesto.

Las variedades de delirio ó temas, pueden ser en más número, y sus detalles de expresión tantos como deméntes se consideren. Semejante abundancia distintiva se basa en el axioma de que lo más detallado es más individual; y así como no hay dos que piensen idénticacamente, ó que sientan y expresen con plena igualdad, tampoco se dan dos dementes con los mismos detalles delirantes; pero, á pesar de esta variedad, siempre podrán hacerse agrupaciones, que tendrán de común la referencia de aquél á una determinada especie de ideas y asociaciones de estas especies, que se referirán á una ú otra modalidad del amor propio.

Ahora vamos á completar este capítulo con la exposición de algunos casos clínicos, que equivalgan al estudio analítico de la vesania.

1.° *Delirio positivo de nobleza y dignidad* (1).—Había en el hospital general de enagenados de la isla de Cuba un demente como de cincuenta años de edad, enjuto de carnes, de facciones bruscas, carácter sereno, sério y enérgico, y notablemente ilustrado. Vestía su larga bata algo sebosa al igual del gorro que, á modo de solideo ó calota griega, cubría la parte posterior de su cabeza, y, pendiente del cuello, llevaba una especie de medalla, considerada por él como insignia de su eminentísima y aún sobrenatural gerarquía.

Era imposible ser amigo de esta especie de divinidad mitológica, que trataba con desprecio á los demás, sobre todo si veía curiosidad para estudiarle, lo cual muy pronto vislumbraba.

A su celda de pensionista no entraba sino quien y quién, y, aunque de mala gana, obedecía en lo imprescindible para evitarse algún disgusto.

Había cambiado su persona, y se creía un patriarca supremo con autoridad divina y humana, y en consecuencia de esto, no se rebajaba á dar explicaciones sino vagamente sobre sí mismo; además, su perspicacia adivinaba al instante la intención de quien le hablaba, del cual se evadía cuanto antes retirándose á su celda, donde se entretenía en escribir confusiones sobre su tema, en arreglar sus vestidos, fumar, hablar con alguno que se detuviese ante su cuarto, cavilar y dictaminar sentencias de muerte y exterminio contra los que le cohibían y ofrecer premios á los que le halagaban.

Según los incidentes de cada día, así el demente se comportaba, adaptando á estos sus cavílosas ilusiones, de modo que relacionaba su existencia errónea con lo verdadero que le rodeaba, naciendo de aquí su extravagante sociabilidad con procederes semejantes al siguiente:

Estaba yo un día pasando visita en la enfermería con el acompaña-

(1) 3er cuadro, 1.ª subesp., 2.ª f.

miento ordinario, y, no se porqué, se encontraba allí nuestro hombre; refiriéndose á él me hablaron, y dije mirándole: «¿Quién, éste?» Entonces, con gran energía de carácter y rápida verbosidad, me objetó: «Sí; éste ú oeste; ¿tratamos aquí de puntos cardinales? Pues yo no soy tal, y es menester considerar á las personas, ó saber con quién se está hablando...»

Y á cientos se repetían sucesos por el estilo, que á nada conduciría el apuntar, pues todos eran variaciones sobre el mismo tema.

2.° *Delirio negativo de riquezas* (1).—En el manicomio de Zaragoza se creía uno dueño y señor del establecimiento, de la torre de Abejar y de otras posesiones, no perdiendo ocasión para que, á hurtadillas y con el mayor sigilo, le escribiesen sendas é interminables disposiciones tomadas por él sobre sus fincas.

A cualquier cuarto retirado, en horas de silencio, acudía con la satisfacción de quien vence obstáculos para pasar un buen rato, encontrándose con el que le había de escribir (él no sabía hacerlo); y era de ver cómo dictaba y cómo se revolvía los sesos hablando de sus posesiones, y cómo gozaba con los pensamientos que le parecían más adecuados, díctándolos con frases rústicas, y tanto más confusos, cuanto más crecía su entusiasmo administrativo.

El escribiente, á veces, por reirse, como quien no quiere, hablábale en voz alta repitiendo ó leyendo lo escrito, y entonces J. A., ó sea el demente, de alegre y casi lloroso por pensar en sus riquezas, se asustaba rápidamente, increpando á aquél y apurándose mucho para que callase y no se enterara nadie de sus cosas.

Siempre se le veía ocupado en hacer limpia-dientes, mangos de pluma y otros objetos de hueso por el estilo, que no perdía ocasión de vender.

Era incapaz de hacer daño á nadie, auxiliaba á los dependientes del asilo y se mostraba bastante subordinado, pues así le dejaban suelto para comerciar y, sobre todo, para gozar con sus escritos, según he dicho: tratando siempre de esconder su conducta y riquezas.

Llevaba fama de tener algún dinero guardado ocultamente, en lo que se fundaban bromas que á veces le gastaban los empleados. Era muy tacaño para pagar á sus amanuenses, y, en fin, demostraba gran anhelo de pensar en sus riquezas, pero siempre con el mayor sigilo, pues el manifestarlas lo creía altamente perjudicial á sus intereses por la envidia, ambiciones y ruindades ajenas.

3.° *Delirio positivo de salud* (2).—Otro asilado en San Dionisio de la

(1) 3er cuadro, 2.ª subesp., 3.ª f.

(2) 3.er cuadro, 1.ª subesp., 5.ª f.

Habana mostrábase muy valiente; gozaba y le brillaban los ojos cuando, delirante, contaba sus proezas por los mares, se retrataba á sí propio, ya de general, ya de curro, torero, con trajes muy vistosos aunque parecían afeminados.

En sus paroxismos ó entusiasmos de valentía, creo que hubiera hecho frente á un león que le embistiera; por su carácter altanero había que tenerle casi siempre encerrado; dentro de su celda paseábase con cierta afectación de gracia al andar; sus ademanes también chocaban por la misma extravagancia, y se enfurecía cuando consideraba como gran injusticia y atropello su reclusión en sitio tan impropio de su persona.

4.º *Delirio oscilante.—De política* (2).—El «aragonés» era un demente del manicomio general de la Isla de Cuba, de constitución nerviosa, como el primer caso citado; seco, de buena talla, de carácter vivo, sin instrucción mental, y deportado por carlista en armas contra el Gobierno.

De humilde condición, se prestaba á obedecer á cosas razonables; servía para ayudar en los trabajos del asilo. Su carácter simpático, sus salidas ingeniosísimas y su honradez hicieron que los médicos le tuviéramos como auxiliar de ordenanza.

Diferenciándose de los demás en el vestir, se ponía el pañuelo del bolsillo atado á la cabeza y solía doblarse los pantalones hasta las rodillas para ir al uso de su país.

Cierto día me sentaron mal unos camarones, y, al decírselo, contestó:—Bien se le está á usted; para qué come cosas que no son de nuestra tierra?

Y, en otra ocasión, reprendiéndole por haber tomado aguardiente unas mañanas, repuso de mal genio:—A mí nadie me quita las costumbres de mi pueblo.

En fin, el gran amor á su patria no era mayor que el de á su Dios y su Rey, lo que constituía la triada de su buen carlismo.

Creíase sobrino del Pretendiente; á veces llegaba á considerarse hijo, y aun casi casi el mismo don Carlos; todo dependía del fervor ó exacerbación que por múltiples circunstancias le sobrevenía. No demostraba impaciencia por hallarse recluído. A veces contestaba sobre esto:

—Phsch!... No sean ustedes tontos; en el momento menos pensado me sacarán de aquí y ustedes se quedarán.

Quería decir que le llevarían á su palacio real.

Para él, España, la comarca aragonesa de Daroca y Atea, su pue-

---

(1) 3.er cuadro, 3.ª subesp., 1.ª f.

blo, era lo mejor del mundo. Hasta con los más pequeños detalles y comparaciones las más apropiadas, contaba las aventuras de su juventud, y, sobre todo, sus escaramuzas de carlista. Nadie era ni más español, ni más aragonés, ni más partidario que él.

Llegaban, por sus asuntos, visitas al establecimiento, y si por su calidad de nuestro asistente les hablaba ú oía, ya entre dientes articulaba algunas palabras, ya nos guiñaba ó ya nos tocaba con gran disimulo. Al quedarnos solos, aclaraba que tal visitante era el Padre Santo, ó un general carlista, ó ministro, pues como de estirpe regia, estas personas venían á visitarle de incógnito.

Una vez saludó afectuosamente á un pobre gallego que, con su al forja y sombrero ancho, acertó á venir por allí, y luego dijo que aquél era un paisano suyo llamado Boñiga, que en su tierra zaragozana vendía peladillas por las fiestas de los lugares.

Cuando alguno tosía ante él, inmediatamente contestaba tosiendo más fuerte, pues sentía que entraba algo en su garganta por la acción de aquél, hija de mala idea. Asímismo, las canas de su bigote decía que no eran propias, sino puestas por sus enemigos traidores; cualquier indisposición de su cuerpo ó cualquier altercado con alguien, lo convertía en objeto de su delirio pensando que eran maldades de sus contrarios.

Un día de tempestad, por un trueno se alarmó extremadamente y corrió á mí, gritando que le habían hecho fuego, en prueba de lo cual enseñaba delirante el sitio ilusorio, donde aun se conocía la huella de los perdigones.

Hablaba frecuentemente de envidias y rencores cuando departíamos algún rato con él; y bajo estos fundamentos y procederes análogos se repetían sus manifestaciones frenopáticas que ya llevaban 9 á 10 años de existencia en la isla cuando yo me ausenté de ella y él se quedó asilado.

5.° *Delirio positivo.—De religión* (1).—En Zaragoza ví una demente con esta variedad de delirio, que muy frecuentemente se ponía en actitudes estáticas, largamente sostenidas; nos tomaba por santos, se arrodillaba ante nosotros, creyéndose inspirada por Dios y manifestándose siempre muy tranquila con sus extravagancias religiosas.

6.° *Delirio positivo.—De amor á la vida* (2).—También en el mismo manicomio últimamente citado conocí otra enagenada, que á cualquier hombre que viese pronto le tomaba por su marido, y como había que oponerse continuamente á sus ilusiones, se entristecía gran-

(1) 3.er cuadro, 1.a subesp., 4.a f.
(2) 3.er cuadro, 1.a subesp., 5.a f.

demente, creyendo que esto de no querer manifestársele claramente lo hacían para mortificarla.

Aunque á primera vista el caso parece de locura histérica, ya que se refiere á la función generatriz, más ó menos indirectamente, y ya que lo he observado en otras mujeres y no en hombres, no obstante, hay fundamento para no cambiar de opinión y dejarle clasificado aquí; porque si la carrera de la mujer es el matrimonio, y sus ideales se cifran, sobre todo, en ser dueña y señora de su casa, defendida y venerada por su esposo é hijos, siendo para ella esto lo más grande y necesario á su vida, al extraviársele la razón creyendo ver en todos á su marido, es como si diera más expansión que normalmente al círculo de su vitalidad, pues estar casada es vivir.

7.° *Delirio negativo.—De nobleza y bondad* (1).—Un demente alto, moreno, bien conformado, ilustrado, de familia aristócrata, desde los cuarenta años de edad comenzó á temer por la seguridad de su persona; volvíase retraído é interpretaba frases de los que le hablaban como dichas intencionadamente, ó con doble sentido.

Después ya explicaba algunos planes maquinados, según él, para matarle ó hacerle perder su posición social.

Por cualquier dicho insignificante ó acto inconsciente caía, quien le hablaba, en desgracia suya; sospechaba de casi todos; el vestir alguno con prendas de ciertos colores le ofendía, por creerlo significativo de algo contra él; habiendo visto unas pieles colgadas en una ventana, interpretó el caso de modo que sus hermanos habían sido desollados. Acostumbraba á hacer probar á otros lo que iba á comer, por temor á un envenenamiento. Blasonaba frecuentemente de ser muy recto ó justo. Tenía pegados en las paredes de su cuarto algunos papelillos con sentencias de moralidad ó de filósofos antiguos, como Diógenes, Cicerón, etc. Si no hallaba pronto alguna cosa, al instante creía que su familia se la había hurtado; hasta la lana de los colchones de su cama no estaba segura.

Y repetidos y análogos delirios hacíanle pasar malos ratos, si bien otros, y á días, se relacionaba muy cuerdamente con lo que le rodeaba, pero viviendo en una sociedad de confianza y sin salir de casa, aun para ir á misa, porque, según él, hasta los mismos sacerdotes habían pretendido hacerle entrar en la sacristía para tomarle ó cortarle el pelo.

Vestía pobremente; no quería lujo ni aseo en su persona y cosas. Una temporada fué armado de revólver para defenderse aun dentro de casa. Otra, se puso un sombrero de copa, en cuyo frontis pegó un

(1) 3.er cuadro, 2.ª subesp., 2.ª f.

papel con esta inscripción: «Mártir del siglo XIX.» Y así pasó, con semejantes devaneos, la segunda cuarentena de su vida, dejando dispuesto en su testamento que el entierro llamase mucho la atención por la humildad y amor á los pobres.

8.° *Delirio negativo.—De salud* (1).—Otro individuo se creía siempre enfermo; durante muchos años le observé empleado en ocupaciones sencillas, con las que se ganaba su vida, y lo menos quince sin tener que guardar tres días de cama por padecer algo.

A pesar de esto, venía de vez en cuando á visitarse desde su pueblo, quejándose siempre de que sentía en las nalgas unos cosquilleos tan raros y en ambas piernas unas sensaciones tan extravagantes, que cuantos le oían le juzgaban como un ser aprensivo hasta la demencia.

A cualquiera que tratase con algo de confianza contaba sus padecimientos. Muchos se los compadecían y otros le daban remedios estrambóticos, ya que algún chusco, conociéndole, no se los diese dañinos, por lo que, y por lo inaguantable de su conducta á veces, disgustaba grandemente á sus parientes próximos.

En fin, aprensivo de que le probaban mal las humedades, dejó su oficio y fué llevando un sistema de vida lo bastante característico para ser considerado como demente, mas no hasta el grado de exigir la reclusión manicomial.

Muchos más casos, y aun de otras especies, pudiera añadir á este capítulo; pero ya se comprende que todos tendrían los mismos fenómenos característicos al principio referidos: para ejemplo bastan los dichos. Y si tratase de dar á conocer variedades en las mismas especies delirantes, me haría difuso, pues ya sabemos que de éstas no hay dos iguales.

Solamente, repitiendo algo, añadiré que en el aspecto físico de estos seres se observa la expresión facial muy exagerada, conforme con su sentimiento dominante, cierto argüellamiento cutáneo nutritivo, y también olor demasiado amoniacal en sus habitaciones sin ventilar.

---

(1) 3 er cuadro, 2.ª subesp., 5.ª f.

CAPITULO III

SEGUNDO ORDEN.—DEMENCIA INTELECTUAL INCOMPLETA O DE PRIMER GENERO.

SEGUNDA ESPECIE—CON DELIRIO INDETERMINADO

I

Génesis y etiología.

El fluído sentimental, como indica su nombre, lleva lo que sinteticé con la palabra afectividad, esto es: lo que produce agrado, desagrado, afición, aversión, etc.

La conciencia ó el sentido moral, tiene por atalaya de lo bueno y malo de nuestras acciones, cierta satisfacción ó pena de que ya he hablado al tratar de la voluntad, y que forma parte también del elemento circulante.

Esta pena ó satisfacción puede faltar, ó no concurrir á formarle, bien por la maldad ó embrutecimiento, bien por enfermedad del vehículo de dicho sentido moral, y así se constituye la variedad de demencia que me ocupa, pues veremos que sus síntomas revelan, sobre todo, la ausencia ó pérdida de aquel.

Y sin este principal componente, se ha vuelto él mismo transmisor de cualidades irritantes que destemplan las circunvoluciones y sobreviene la exaltación. Los actos que ésta engendra disuélvenla parcialmente, pues al instante se inflama cualquier otra parte de aquéllas, para ocasionar nueva descarga volitiva, frecuentdmente seguida de otras análogas, como repiten los aguaceros procedentes de nubes que, en Marzo, forman los aires llovedores.

Es decir; que los actos aplacan la furia en un concepto; pero, yendo á otro sitio la influencia morbosa, también los actos, aunque de otro género, disminuyen la excesiva tensión sentimental, y así va sucediendo mientras dura la vesania.

Ahora, en cuanto á la causa de la modificación substancial del fluído, opino que es transmisible por herencia, y que, á juzgar por los ataques repetidos de tiempo en tiempo, entre los cuales media salud psíquica, es tal la naturaleza de esta mentopatía que, al parecer, se produce por algún agente acumulado poco á poco en el organismo, hasta llegar su presión de roce á inflamar el total circulante, que se templa

con los escapes de actos, si su fuego no concluye antes la vida del enfermo.

II

Lesiones anatómicas.

No son conocidas; falta, por lo tanto, la prueba objetiva que acredite nuestra localización; mas no por esto dejaremos de considerar que el mal tiene su asiento en el fluído sentimental.

Si primitivamente estuviese en las circunvoluciones, el delirio sería fijo y peculiar de cada una de las mismas, y aunque calmándose por la expansión, volvería luego el mismo tema,

La variabilidad por la cual tan pronto se imagina con igual parte cierta divagación, como se piensa con cordura, y así sucede inmediatamente con otra ú utras porciones substanciales, no pudiéndose, por lo tanto, acabar un delirio bien razonado, obliga á pensar que aquellas, primero, no son todas enfermas, y segundo, lo están por alguna causa que aparece y desaparece, dándose oscilaciones entre cordura y locura, y, en este caso, trastornos para impedir el tránsito de lo imaginado á la inteligencia.

III

Manifestaciones sociales y otros síntomas

Estos enfermos, en la enagenación, se observan locuaces, poco ó nada reflexivos al habla y sin sosiego para permanecer en una situación, asemejándose á niños revoltosos y mal educados. De día en día se vuelven altaneros, alborotadores é inmorales.

No tienen ó no manifiestan un sentimiento fijo; tan pronto son grandes como humildes; ora son dioses ó reyes, y al momento lloran por creerse muy desgraciados; ya rien ó bailan totalmente satisfechos, ya insultan, apostrofan y recriminan; es decir: que el amor propio se nota desconcertado en todos sentidos.

Pero como hay relación con lo actual por las partes desahogadas que quedan sanas, de esta mezcla de bueno y malo resulta la exposición del delirio, cambiándose los temas con tanta mayor rapidez, cuanto más son los escapes sentimentales.

Por semejante inestabilidad falta también lo que hay en la locura precedente, ó sea la extravagancia serena y pacífica de lo permanente, sucede como en las corrientes eléctricas intermitentes que, al cesar cada interrupción, son mayores; así al comenzar otro tema se hace con mayor exaltación.

Con frecuoncia se les ve que van mejorando, y curan, al parecer; pues, en cordura y reconociendo su pasada demencia permanecen, á veces, seis y más meses, no obstante que á menudo recaen y se repiten los ataques con tal insistencia, que las indicadas curaciones más bien deben tomarse como períodos lúcidos. Si estos en verdad duran quizás un año, también es cierto que el tiempo del padecimiento es no menos prolongado.

La exaltación mental influye en la salud física por las divagaciones que, hasta para cumplir las necesidades orgánicas, se cometen, por el insomnio, por el desgaste nervioso á consecuencia de la ley de deriva ciones y compensaciones, etc. No es raro, pues, verles enfermar, y aun complicarse las cosas hasta un desenlace del todo fatal.

Y de ninguna manera detallaremos más verídicamente la vesania en cuestión, que con la narración biográfica, siquiera sea en miniatura, de algunos casos pertenecientes á ella, que se clasifican según el cuadro siguiente, atendiendo al desorden más ó menos grave producido por la exaltación en el vida nutritiva.

(CUADRO 4.°)

El delirio indeterminado, según su intensidad, es de	Primer grado. Forma máxima.	Conduce á flegmanías encefálicas.
	Segundo grado. Forma media.	Complícase con desarreglos de la vida nutritiva por las transgresiones higiénicas provinientes de la preocupación psíquica.
	Tercer grado. Forma mínima.	Que hay gran exaltación, pero no se resiente la salud física.
	Cuarto grado. Forma razonante.	Sin exaltación ni resentimiento orgánico.

Forma media (1).—En el hospital de enagenados de la Habana observé una enferma de unos veintidos años, soltera, con su aspecto exterior desencajado, pálida, sucia y terrosa la piel del semblante.

Vistiendo sin casi comunicar animación á sus prendas, afectando ademanes y emitiendo palabras y conceptos impropios, entró como asilada en el departamento á mi cargo.

Durante su permanencia, generalmente hubo de estar recluída en

(1) 4.° cuadro, 2.ª esp., 2.° g.

una celda por revoltosa é inquieta; á veces se desnudaba y frotaba el cuerpo con sus propios excrementos; desatendía nuestras insinuaciones por fijarse en lo que á ella caprichosamente le parecía; ya insultaba sin ton ni son á otras asiladas; ya se ponía á bailar, ó lloraba, ó se arrodillaba extásica...

Por consecuencia de haber encendido un vestido, se causó algunas quemaduras, de las que tardó en curar; no podía ocuparse en nada. A las hermanas de la Caridad y á mí nos dirigía palabras de aversión, sucediendo lo contrario tal vez á los pocos minutos; relataba sucesos como v. gr., una conversación inconexa de porqué estaba encerrada, ó de otros temas cualesquiera, argumentando, preguntando, respondiéndose de cualquier modo y confundiéndose, sin lograr á veces rendirla ni su propio desconcierto, ni el sueñe, ni la resistencia de su garganta, que bien se le enronquecía.

Y todos los días la misma conducta, hasta que, por una parte, el haber enfermedado de gastro-enteritis, y, por otra, la mejoría que á los tres meses empezó á notarse en su mente, la pusieron en condiciones para ir á vivir en compañía de su madre. Esta señora nos dijo que al comenzar á enfermar su hija, era muy locuaz y ocurrente, y que habiendo acudido á su casa mucha gonte por esta desgracia, al salir la enferma á la visita, dijo: «Vaya, cuanta persona. Pero, señores, es esto alguna aduana, ó qué...»

Forma media (1).—Otra enferma sufría, como de año en año, ataques semejantes al expuesto.

Comenzaba por tener cefalalgia, gastritis ó alguna otra indisposición física; seguía el no querer comer, luego la debilidad, la hiperestesia general, el insomnio y, en fin, la insubordinación y deseo de sobreponerse á todos, diciendo que era reina, ó más que Dios, ó que era una pobre infeliz á quien se pretendía maltratar, etc.

A veces atribuía á los demás malas intenciones, y se ponía colérica por la presencia de alguien. A un sacerdote que quiso hacerle alguna reflexión, después de objetarle que fuera á mandar á su casa, le arrojó el agua de un vaso que tenía á su alcance.

Al día siguiente, vestida, pero sin calzarse, bailaba sobre una tapia del corral de su casa. Yo pasaba entonces por la calle, me vió y habló gritando: «Allá va el médico; no me quiso visitar porque soy una pobre; para nada necesito sus visitas; que se vaya á..... ya me ha curado Dios».

Apenas dormía ni descansaba; siempre queriendo escapar de casa, alborotando y diciendo y haciendo inconexiones.

(1) 4.º cuadro, 2.ª esp., 3er g.

La familia, que realmente era necesitada, iba templando la situación como buenamente podía, hasta que á los dos meses se ponía bien nuestra enferma; curaba sola de sus dolencias físicas; poco á poco se aseguraba en el buen trato social y quedaba completamente juiciosa de los tres á los cuatro.

Forma máxima (1).—Otro joven de unos 25 años vi en Zaragoza, tan sumamente exaltado, que no se daba punto de reposo, por lo cual, cerrado en su celda, permanecía acostado en la cama bien sujeto para evitarle mayores daños. Quizás por lo intenso de la demencia se fraguó alguna encefalitis, que á los diez á quince días de asilado concluyó con la vida del pensionista, que hacía meses venía sufriendo la locura sin mezcla de lesión orgánica importante.

Forma mínima (2).—En el manicomio de la Habana observé á un enfermo de unos 32 años, alto, moreno, nervioso, militar, que había sufrido otros ataques semejantes, y hubimos de encerrarle en una celda por sumamente revoltoso; hablaba con viveza á cualquiera, ya increpándole, ya suplicando; reía sin motivo, y lo mismo lloraba; á veces se emocionaba tristemente por su situación, cual si estuviese cuerdo; otras hacía alarde de su poder, sabiduría ó fuerza. Vestía con frecuencia á medias; poníase alguna prenda semejante á banda de general ú otra totalmente ridícula. Un día que se hallaba suelto, recuerdo que se entretenía muy entusiasmado en hacer ejercicios gimnásticos con un chino tan exaltado ó poco menos que él.

Por fortuna suya, en ocasión me tomó por un príncipe turco muy valiente y sereno, saludándome con gran respeto y cortesía y, según dijo después, le parecía que por entre mis vestidos asomaba la empuñadura de brillante daga.

Y por esto le fuí tan simpático y alcancé sobre él tanto ascendiente que, obedeciéndome con fe ciega en todo, fué saliendo á las oficinas á escribir, y distrayéndose así, poco á poco se fué curando.

Los dementes de esta última forma aún pueden ofrecer síndromes más remisos; así es que, á primera vista, tanto parecen locos como gente sin juicio ó calaveras.

Científicamente hablando, aseméjanse en cuanto á los síntomas al grupo de los discursales insensatos ya descritos, y así lo corrobora no sólo la experiencia, sino también la razón fundada en el sistema que me sirve de base.

En efecto; si en esta clase de demencia intelectual el fluído impre-

---

(1) 4.º cuadro, 2.ª esp., 1er g.

(2) 4.º cuadro, 2.ª esp., 3er g.

siona malamente á las circunvoluciones, pero en grado tan superficial alternante con normalidad, de modo que si hay delirio es poco apreciable y más bien parece todo necedad y pasión, por el discurso obra con materiales ajenos algo impuros, en la imbecilidad citada también se ve tal organismo comprometido ú obrando con elementos propios anómalos, á donde llegan ideaciones pasionales sanas, que asimismo dan lugar á actos al parecer de necedad, pero que no pueden ser reprimidos porque realmente hay enfermedad en el discurso.

De poca eficacia en este último para contrarrestar el imbécil lo imaginativo pasional, depende la escasez de fuerza ó de resistencia moral, y en la locura de referencia procederá del exceso de carga sobre igual parte. Por distinto camino se viene á parar al mismo punto ó resultado.

No obstante, se apreciará y distinguirá la afección de qne tratamos porque no ofrecen sus individuos la constitución física de muchos de aquellos en que de niños han sido cuerdos, aprendiendo tanto ó más que sus condiscípulos y en que, á menudo, ofrecen períodos lúcidos ó razonables más ó menos frecuentes.

El siguiente caso, perfectamente diagnosticado por el Dr. A. Alonso Martínez, como «manía razonante ó locura moral», que me permito extractar de la *Medicina legal*, de Hofmann (1), es muy á propósito para dar idea de estos dementes.

Forma razonante (2).—N. N. nació en Madrid; casó á la edad de diez y nueve años; mas luego el divorcio, fundado en hechos tales como perversión y desenfreno genésico persiguiendo toda clase de mujeres; el vicio de jugar hasta el reloj de su pequeño hijo; la venta de su paternidad; el alcoholismo, etc., etc., separó á ambos cónyuges.

En su infancia era muy indómito y gastador; se escapó de un semiminario; burlaba á menudo la vigilancia de sus cuidadores; más tarde se fugó de una academia militar, y con muchos consejos, reprensiones y gastos pudo llegar á aprobar dos años de la carrera de leyes.

Enviudó y volvió á contraer matrimonio sin que ésto modificara en buen sentido su habitual mala conducta. La nueva esposa, durante una ausencia que hizo, no quiso dejarle los hijos, sino que por auto judicial, fueron depositados en casa de la madre de aquél. Esta fué víctima varias veces de sus dilapidaciones.

En el ánimo de aquél no vibraba el arrepentimiento; ni se le importó nada ser considerado inepto para mandar en sus hijos. Contrajo deudas usurarias horrorosas, sin conservar notas, recibos, ni cosa

(1) Tomo III, pág. 496.
(2) 4.° cuadro, 2.ª esp., 4.° g.

formal. Su entendimiento, lejos de rechazar la solicitación de los instintos y pasiones, trataba de revestir á unos y otras de racional aparejo; su vida, en fin, fué una serie mal interrumpida de éstas tres perversiones morales; lujuria, bebidas y gastos locamente hechos, hasta que se determinó legal y científicamente su vesania.

Creo no hay necesidad de citar más casos de esta forma, frecuentemente sueltos por esos mundos de Dios, debido á la duda que se tiene de su locura por lo razonadamente que se excusan de sus actos sin juicio, y ausencia de delirio determinado.

CAPITULO IV

SEGUNDO ORDEN.—DEMENCIA INTELECTUAL COMPLETA Ó DE SEGUNDO GENERO

ESPECIE UNICA.—CON DELIRIO Y OBSTRUCCION

I

Definición y etiología.

En las mentopatías intelectuales incompletas, según hemos visto, desde las circunvoluciones, atravesándolas, asciende á la inteligencia una parte más ó menos considerable del fluído mental, y así pueden los enfermos relacionarse con lo que les rodea y aun con ello constituir el delirio; pero en las de que voy á tratar, no pasa cantidad alguna de aquél á tan superior altura; dicha facultad sólo obra en lo referente á los sentidos y como autonomática é involuntariamente.

La situación del enagenado, aparte la vigilia sensorial, es semejante á la del que duerme y sueña. Algunas circunvoluciones parecen que reciben de menos el muy excesivo fluído sentimental que á otras va de más, cuyo desequilibrio las indispone á todas: unas están mal por inertes y otras por primitivamente trastornadas, de lo que resulta que lo imaginado va al discurso sin ascender al intelecto.

Esta clase de vesania acostumbra á presentarse en edad más temprana que la anterior; por esto quizás haga más impresión.

Disgustos morales, amores contrariados, sustos, fuertes emociones de espíritu, y, sobre todo, la predisposición individual es lo que se admite como de eficacia indiscutible para que se constituya la enfermedad.

La mayor intensidad en el sentir es, en mi concepto, la causa de

individualizarse la demencia bajo esta forma; de no haber tanta impresión, se presentaría como la del último capítulo.

II

Lesiones anatómicas.

Algunas circonvoluciones están en función anormal, de lo cual proviene su impermeabilidad. Las demás, aunque tal vez se hallen sin obstruir, como ni casi reciben fluído, no funcionan por él, lo hacen más bien por influencia de lo existente en las otras.

Sucede lo que he dicho al tratar de las alucinaciones; la difusión ó propagación del contacto sentimental es mayor que lo proviniente de otro modo, de suerte que, no hallando lo extravagante obstáculos á su marcha, invade las porciones inertes, influyéndolas á su antojo ó haciéndolas caer en una especie de privación, que legitima el nombre de estupor melancólico, dado por los alienistas á muchos casos de esta demencia.

III

Manifestaciones sociales y otros síntomas.

La conducta de estos enfermos merece observarse en lo referente al delirio, á si tienen ó no relación con lo actual y á otros fenómenos morbosos concomitantes, dándose varios conjuntos de comunidad de estas cosas, que recopilaremos en tres grupos.

1.° En una serie de casos, la divagación no se manifiesta con palabras, por lo que parece no existir; pero he preguntado á alguno de éstos, curados ya, y me ha dicho que creía hallarse como encantado en un palacio y entre unas gentes horrorosas en cuante á sus formas y maneras fantásticas, propias para tenerle absorto, mejor que para entenderlas y explicarlas.

Efectivamente; en la conducta de estos enfermos resalta, sobre todo la abstracción á cuanto les rodea, sin hablar ni desear nada; hasta el comer les es indiferente, y así mismo el vestir, el frío, calor, etc.

Es decir; que viven como en otro mundo distinto del actual y sin relación casi para nada con éste. A no ser porque están con los ojos abiertos, podría tomárseles como durmientes, soñando, y mejor aún, como ensimismados ó en especie de éxtasis.

Claro es, que ni son agresivos ni menos alborotadores ó insubordinados, pero por su impotencia y quietismo exigen tanto cuidado como el que más.

Compréndese que están bajo la infuencia de algún estado imaginativo sentimental, pues de no ser así, se verían libres para relacionarse con cuanto les rodea, no manifestarían la total ocupación psíquica que revelan, estarían despejados; y éstos, ni se acuerdan de comer ni de vestir, ni de hacer convenientemente sus necesidades.

2.º Otra serie puede formarse con los que ya hablan, si bien usan palabras inconexas, sonidos como frases extranjeras, departiendo consigo mismos; se visten mal, aparecen muy desaseados, van y vienen, pero obran sin darse cuenta del dónde, cómo y porqué de sus actos, las más veces inconexos.

Funcionan, pues, á menudo, á semejanza de quien hace las cosas sin pensar, automáticamente, ó en discordancia con lo actual.

3.º Otros, en fin, también manifiestan abstracción mental, máxime cuando se ponen á discurrir y hablan inconexiones pacíficamente, pero visten con aseo, comen y obedecen á cosas sencillas que no requieren operación mental ó se hacen por hábito, y es muy ordinario observar, que sus actos se relacionan bien con lo real.

Muchos de los enfermos comprendidos en el primero de estos tres grupos, curan al cabo de cinco ó seis meses.

Ahora veamos algunos casos típicos que he observado, y cuya historia ampliará estas nociones dichas.

Abstracción con estupor hasta para hacer las necesidades más perentorias (1).—*A.* Erase una joven de 17 á 19 años, delgada, de muy buenas facciones, grandes ojos negros, morena y de familia decente, que observé en el asilo general de enagenados de la isla de Cuba.

Allí, con el pelo rapado, vistiendo según querían los demás, sin comunicar expresión vital á sus prendas y sin iniciativa locomotriz, veíase largos ratos en una misma posición, cual si fuera una estatua, ó un cadáver de pie.

Su mirada era, si no del todo indiferente, algo triste; la piel pálida, sucia y aneblada; su voluntad no existía, porque la enferma iba á donde la llevaban; á veces le colocábamos un brazo ó una mano en cierta posición, y, á semejanza de los catalépticos, en tal actitud quedaba hasta venir el agotamiento de sus fuerzas musculares.

Comía automáticamente, poniéndole el alimento en su misma boca, defecaba en cualquier parte, ni hablaba ni obraba casi nada, un lloriqueo ó débil gemir era su única expresión; y así pasó muchas semanas.

En vista de tanta inutilidad, hubo de ingresar en la enfermería; en cama casi siempre, notamos que no daba de vientre y ofrecía algunos

(1) 5.º cuadro, 1er grado ó grupo.

más síntomas de oclusion intestinal espasmódica. Se le propinaron varios purgantes, sobre todo belladona al interior y enemas. Cedió la constipación, fué mejorando la enferma, de día en día se relacionaba mejor con lo actual, y al cabo de cuatro meses de estancia en el asilo, fué dada de alta por curada.

B. Ví también en el mismo hospital un demente de unos 18 años, grueso, de piel muy pálida, con alguna instrucción, que, indiferente á lo exterior, permanecía ensimismado casi continuamente; si se le daba de comer, tomaba la cuchara, pero al instante perdía la memoria de lo que estaba haciendo.

Al preguntarle por su nombre, ó si pretendíamos hacerle hablar por sorpresa gritándole de improviso, se extremecía fugazmente y contestaba despacio, tal vez lo último que oía de nosotros.

Vistiendo con el mayor descuido, imposibilitado para ocuparse en algo y siempre abstraído de todo lo ajeno á su estado mental, pasó nuestro demente unos dos meses.

Al cabo de éstos, poco á poco fué despejándose, luego salió á alternar moderadamente con los escribientes de la oficina y practicantes, y, en fin, empleando en consolidar de cada día más sus facultades mentales cosa de mes y medio, concluyó por curar del todo.

C. Un dependiente de comercio de análogas condiciones y síntomas, también curó en el mismo asilo, y ya cuerdo, me dijo sin preguntarle directamente, que, cuando se hallaba privado, estaba como soñando alguna pesadilla y sintiendo mucho, absorto en sus fantasías no podía pensar en nada.

Abstracción, pero con gran locuacidad é iniciativa motriz inconexas (1).—En una población, aunque no le visitaba yo, observaba con frecuencia á un alienado que comenzó á serlo á eso de sus 28 años.

Cuando yo estuve en su pueblo y me fijé más en él, tendría unos 68; era alto, moreno, bien conformado, de familia distinguida, soltero, ingeniero, habiendo sido de talento y carácter muy expresivo.

No sé por qué causas ocasionales se volvería loco; alguien decía que por la vida retraída á que se le obligaba.

Ya demente, ingresó en un manicomio como pensionista de superior distinción. En el interior de su pabellón ó casita, frecuentemente iba á medio vestir, á veces con sólo la camisa, y otras enteramente desnudo, sin reparar en frío, en pudor, en el aseo de su persona, ni en nada.

Tan pronto se levantaba á las once de la noche como á las dos de la tarde; pasábase el día yendo y viniendo por sus habitaciones, ó

(1) 5.° cuadro, 2.° grado.

sentado en cualquier parte, ó acostado en la cama, y casi continuamente hablando consigo mismo, en voz más ó menos alta, todo abstraído y emitiendo sonidos á modo de vocablos extranjeros y palabras sin ton ni son, repetidas por mucho rato y con un mismo tonillo.

Fumaba mucho, se asomaba al balcón á cualquier hora, ya lloviesen chuzos ó hiciese sol abrasador; no pensaba si salía vestido ó desnudo, si le miraban ó dejaban de mirar.

Un criado ó dos le cuidaban con gran esmero, supliendo sus impotencias para dárle de comer, asearle y evitarle algún daño; á veces se les revelaba automáticamente.

Y sin más variación ni esclarecimiento, pasó demente la mayor y mejor parte de su vida, hasta que, de unos 70 años, murió de enfermedad intercurrente. El cadáver fué trasladado al panteón de la familia en su pueblo.

Abstracción é inconexión al discurrir ó hablar, pero buena relación en las ordinarias acciones (1).—Otro enfermo de esta clase, en el manicomio de Zaragoza, iba bien vestido; su aspecto era como de persona cuerda; por su paz y ser pensionista, se le permitía salir hasta la puerta más exterior de todo el hospital, y guardaba exactamente el mandato. Yo, de estudiante, sin saber quien él fuera, preguntéle si se podía entrar, y por contestación soltó una risa franca, no alborotadora, mirándome; pero sin hacer caso de mi pregunta, y sí, tal vez, de lo que en voz baja hablaba inconexamente. Poco á poco me separé de allí, no sin algo de temor.

Después, cuando fuí practicante y ayudante de la botica destinado al departamento de dementes, veíale siempre sumiso, aseado, comiendo y en buena comunicación con lo actual para aquellas cosas que por hábito se hacen sin pensar, pues en cuanto se le pedía contestación algo discursiva, ni nos entendía, ni hablaba otra cosa que inconexiones; eso sí, siempre risueño y manifestando que mentalmente se hallaba abstraído de lo presente.

Estos y otros casos que pudiera citar, demuestran que, como en todas clases de locura, también hay en ésta su graduación de intensidad, que ya he deslindado y vuelvo á decir en el siguiente cuadro:

---

(1) 5.° cuadro, 3er grado.

(CUADRO 5.º)

La demencia con delirio de abstracción puede ser de	Primer grado.	Abstracción con estupor, hasta para hacer las necesidades más perentorias.
	Segundo grado.	Abstracción sin estupor, pero con mucha inconexión en palabras y actos.
	Tercer grado.	Abstracción sin estupor, sin inconexión en los actos comunes, pero mucha en las palabras.

CAPITULO V

TERCER ORDEN.—DEMENCIA IMAGINAL

I

Definición y etiología.

Anteriormente he fijado ya el concepto de esta vesania, más para mejor asociar las ideas lo repetiré diciendo:

1.º Que el fluído sentimental no llega á la imaginación á no ser en cantidad escasísima.

2.º Que por esto se infiere la impotencia imaginativa y para operaciones indicantes de función discursal.

3.º Que no hay delirio, ni por ende conceptos extravagantes, reduciéndose la vida psíquica solamente á la actuación de los sentidos y sentimientos instintivos.

Sabiendo, pues, el curso de la móvil sustancia, podemos definir esta demencia diciendo que es: aquella que priva de la generalidad de su funcionamiento á las circunvoluciones.

Sus causas se achacan con fundamento visible, frecuentemente al congenitismo y mal desarrollo orgánico. Hay enfermos de estos (microcéfalos) cuyo aspecto exterior y sobre todo su cráneo pequeño, ya revela la cortedad existente en cuanto á operaciones mentales.

En otros, la deformidad encefálica no deja de apreciarse de algún modo, como depresión frontal, prognatismo y también ocurre á menudo que al desenvolvimiento defectuoso de algunas otras partes del

cuerpo se asocia el anormal del cerebro, pues no dejan de ser ambos fenómenos resultado de una misma causa, ó de una presidencia formatriz nervioso imperfecta.

En cuanto á causas anómalas, más ó menos próximas, no se mencionan por ser muy inconstantes é indeterminadas.

II

Manifestaciones sociales y otros síntomas.

La vida de relación de estos seres humanos se reduce al funcionamiento de los sentidos, á manifestaciones de apetitos instintivos y á la evacuación de actos sencillos que casi no exigen atención, ni operación alguna intelectual. En una primera agrupación reunimos á los que no van vestidos, son muy sucios, (cliniquesas) no saben hablar sino alguna palabra, comen, beben y pasan su vida generalmente echados, ó sentados, ó moviéndose poco y sin hacer ni pensar nada.

Su expresión de indiferencia y estupidez declara que no se hallan abstraídos y en cavilación de algún género, por consiguiente, carecen de trato social y son totalmente subordinados, á no ser que se les excite demasiado para que salgan de su inercia, en cuyo caso como quien gruñe, tratan de resistirse automáticamente.

Otra segunda serie se compone con aquellos que saben hablar, pero apenas usan la palabra porque á lo limitado de sus conocimientos filológicos, se agrega el indiferentismo que les tiene completamente apáticos, ya para vestir, pues van desnudos ó casi, ya para limpiar su cuerpo y hasta para oponerse á las inclemencias atmosféricas.

Y, en fin, la tercera agrupación la formaremos con los que saben hablar un poco más que los del grupo anterior; aunque tal vez con algún desórden ó descuido, van vestidos; se relacionan rudimentariamente con lo actual; pero su impavidez los caracteriza bastantemente para ser considerados como dementes de la clase en cuestión.

Como ninguno de los que á la misma corresponden tiene delirio, parece que se acercan á los imbéciles y en efecto es así, pero la impotencia imaginal de los idiotas, la falta de expresión de algún sentimiento, sea bueno ó malo, la degradación mental, en una palabra, los separa con raya bien negra de los primeros.

Pasemos ahora á la biografía clínica de algunos casos para aclarar algo más la descripción patológica.

A (1). En el manicomio de Zaragoza observé un alienado que es-

(1) 6.º cuadro, 1er. grado.

taba casi siempre metido en una especie de cuna con abundante paja, no usaba otra ropa de vestir que alguna manta vieja y sucia que, para la curiosidad, había de reemplazarse frecuentemente, como á los niños se les renuevan á menudo los pañales.

Entendía si se le llamaba, pero no contestaba á no ser refunfuñando algún sonido; comía cuando le daban; dormir era su ocupación continua, y por tanto estar en una posición, parecían contraídos y atrofiados sus miembros y aun algo paralíticos.

B. Otros dementes de este grupo los vemos todos de vez en cuando; son esos seres desgraciados que, conducidos en carritos pequeños, van pidiendo limosna quienes los guían en virtud de la compasión que excita semejante inuiilidad. En efecto; los llevados son alguna ó algunas personas cuyos samblantes expresan el contraste ó disparidad entre una vida nutritiva bien desarrollada y casi la ausencia de la de relación; parecen niños de un año ó menos, con bigote, barba, piel atezada, músculos prominentes y demás.

Sus ojos, sus ademanes, su sonrisa simple, revelan el candor é inocencia propios de la primera infancia, y así mismo su total carencia de voluntad, de palabra, y de muchos movimientos. No es raro verles con contracturas, luxaciones congénitas, pies contrahechos, atrofias paralíticas ó alguna convulsión. En fin, viven del todo sometidos á los sentimientos humanitarios de los demás.

A. (1). En el tantas veces citado manicomio de la Isla de Cuba, había una mujer de raza negra, africana, de unos treinta años, de cráneo pequeño, buena talla, y, aunque poco, no dejaba de ir sin rumbo fijo por el departamento; vestía lo más rudimentariamente posible, muy sucia, si no se la bañaba á menudo, olía mal; siempre tenía los ojos legañosos é indiferentes para expresar algo, lo mismo que con el resto de su ser. Reducíase su vida á comer, beber, dormir á estar generalmente sentada, en cuya posición, se entretenía matando por aplastamiento à fuertes palmadas, las moscas que paraban en su desnudo cutis.

Sabía atender un poco, decir sí, no, y alguna palabra por el estilo, pero nada más; ni era insubordinada, ni menos se alborotaba ó quejaba de alguno. Solamente las referidos dípteros que á causa de la suciedad le acudían en abundancia, obligábanla como automáticamente á ejercer de mata-moscas por sorpresa.

B. Otro asilado en el mismo sitio, era de raza china, de escasa talla, de unos cuarenta y seis años de edad, y del tal impotencia ó sumisión indiferente, que un enagenado de su país le tomaba por hijo

(1) 6.º cuadro, 2.º grado.

suyo; siempre le llevaba de la mano, daba de comer, sentaba á su lado, cuidábale con gran solicitud, y nuestro idiota de cara vieja ya, é imberbe, se dejaba llevar y traer sin la menor resistencia, sin manifestar cambio de expresión sentimental, ó mejor, presencia de algún sentimiento por tales cuidados y desconociendo completamente la extravagancia de su advenedizo padre.

(1) También en el mismo establecimiento frenopático había una mujer de unos treinta años, casi enana completa, que siempre se la veía sentada, mirando á todo sin fijeza, con expresión facial indefinida, á lo que contribuía su extravismo monocular, enteramente sumisa á cualquiera de las personas cuerdas, no tanto á las demasiado enagenadas, y efectuando sus necesidades instintivas algo bien, pues hasta iba vestida, pero frecuentemente con solo un zapato ó del todo descalza, porque ó los perdía ó se los quitaban.

Sabía y podía hablar, más no mucbo; faltábale, para aprender mayor número de palabras, la existencia de algún sentimiento que á ello le impulsara. Si estaba enferma lo manifestaba con una especie de quejido continuo y poco intenso, acompañado de algún párrafo hablado consigo misma.

En aquel país hay muchos murciélagos, que hasta por dentro de las habitaciones van á caza de mosquitos. Nuestra demente, en cierta ocasión, se hallaba en la enfermería y durmiendo, con la boca abierta, se le metió dentro uno de estos quirópteros. Ella, sin pensar sobre lo que fuese, cerró la boca, apretó los dientes, le crujió el cuello y comiôse parte del animal.

No hay que extrañar la poca extensión de estas historias; son tan cortas, como corta es la variedad de los actos de los historiadores, quienes viven más vegetativamente que de otro modo. En cambio, la duración de la vesania es tan larga como su vida, dejándose comprender ya completamente desde los primeros años de existencia de aquéllos.

Para terminar, repetiré, que pueden clasificarse según el grado de incapacidad, deducido de lo rudimentario de su función mento-imaginal, que si es mínima, ni se demuestra por la existencia del lenguaje, ni para satisfacer las necesidades en que interviene la vida de relación; si luce un poco más, ya se saben algunas palabras y se hace algo determinadamente; y si más, agréganse al uso de lenguaje más amplio algunas manifestaciones volitivas, para evacuar las necesidades de la nutrición.

El cuadro siguiente recopila lo dicho:

(1) 6.º cuadro, 3er. grado.

CUADRO 6.º

Demencia imaginal. Según el grado de impotencia, se divide....	Primer grado..	Falta de lenguaje y de evolución para evacuar las necesidades instintivas.
	Segundo grado.	Palabra muy rudimentaria, y lo demás algo mejor que en el anterior.
	Tercer grado...	Lenguaje de repertorio escaso: desempéñanse con actos de la vida de relación vastos y defectuosos, las necesidades nutritivas.

CAPITULO VI

CUARTO ORDEN.—DEMENCIA ANIMAL

Siguiendo el modo de entorpecerse el curso del fuído sentimental, venimos á hallar obstrucción hasta en las circunvoluciones sensoriales.

Claro está que á esto no debiera llamársele demencia, por carecer del origen, síntomas curso, duración, y otras circunstancias que la constituyen; pero creo conveniente mencionar aquí el suceso con tal nombre, porque es el grado de mayor impotencia mental; la amencia á que se llega por la reducción del círculo que cada vez hemos ido estrechando al considerar las diferentes clases de locura. Por lo tanto, el desórden de referencia es el fin á que conduce la máxima alteración de lo que engendra esta clase de enfermededes.

En efecto: del diámetro que corresponde al círculo del fluído en estado de salud hay que restar, formándose así otro más pequeño, la parte que por carencia de buenos órganos no va por el discurso en la primera especie de demencia.

Otra disminución se hace en la segunda especie por no llegar su totalidad á la inteligencia y menos aún en la tercera.

Acórtase más por no ascender ya nada á tan superior altura en la cuarta.

Sigue el acortamiento del diámetro hasta quedar fuera del círculo la imaginación en la quinta.

Y en fin, también se privan de él las circunvoluciones sensoriales, dándose la situación de que me ocupo en este capítulo y que corresponde á la sexta,

Así, marcados los distintos grados de locura, vemos: que á mayor impotencia corresponde mayor destrucción material.

A mayor destrucción material menor amplitud circulatoria sentimental.

Y si ésta se reduce á cero, para la mente suprímese la vida psíquica como cesa de andar la máquina vegetativa, si nada de sangre circula por el cuerpo.

Deduciéndose, unos de otros los hechos apuntados, algo expresivo de su unidad generativa los relaciona entre sí; de suerte que, la lógica impulsa á terminar esta parte, ratificándome en creer cual verdadero el sistema que fundamenta nuestro estudio.

PARTE TERCERA

SEGUNDA CLASE.—DEMENCIAS SECUNDARIAS

CAPITULO PRIMERO

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Hállanse caracterizadas, como ya he dicho en otro lugar, por acompañarse de otro desórden nutritivo tanto ó más importante que ellas y con el cual se relacionan grandemente.

El estudio de las mismas requiere, pues, que sepamos ahora cuáles son sus enfermedades concomitantes y luego, en otros capítulos, detallaré lo más de particular que haya respecto de sus síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Las causas de la deutopatía son:

1.° Agentes que vienen formados exclusivamente del exterior, tales como el opio, belladona, alcohol, cloroformo, haschich, etc.

2.° Cuerpos de acción tóxica en cuya formación ya interviene lo interior de nosotros, verbi gracia la urea en las enfermedades de los riñones, y los principios químicos perjudiciales que de la braditrofia inherente á la amonihemia, gota, reuma, diabetes y otras afecciones resultan.

3.° Neurosis cerebro-espinales que, sin aparente lesión anatómica constante, producen considerables perturbaciones en las funciones de las vidas de relación y nutriva.

4.° Finalmente, lesiones anatomo-fisiológicas localizadas en el mis-

mo encéfalo: congestión, anemia, encefálitis, meningitis, hemorragia, hidropesía y tumores.

Tales influencias obran con el fin de descomponer los tejidos, cambiando ó modificando su construcción anatómica, no obstante de que el trastorno dinámico á menudo es el preexistente ó se antepone al anatómico. Las lesiones se señalan grandemente en algunos casos, pero en otros nada ó casi nada. Su sitio, entonces, es en varias vísceras y órganos del cuerpo, pero acompañándose casi siempre de las destrucciones que asientan en el encéfalo, por las cuales puede uno cerciorarse de que real y verdaderamente, él es el punto ó centro en donde se operan las funciones mentales.

Estas especies de viviseccionee nos declaran que la sensibilidad se alberga en los lóbulos posteriores del cerebro, en los medics el movimiento y en los anteriores las facultades mentales más superiores, más esto se dice de un modo tan indeterminado, que al menos en lo que á mi objeto conviene no dan más luz, ni puede sacarse otra enseñanza que lo referido anteriormente, á saber: la preeminencia de la sustancia gris ó de los sitios donde abunda como destinada á formaciones, y la subordinación á esta [ds los blancos nervios, para servir cual hilos conductores de los fluídos que llevan elementos de elaboración, ó lo ya formado.

No puede, pues, hacerse una clasificación basada en las lesiones anatómicas, porque las microscópicas correspondientes á lo psíquico son desconocidas, y las otras, en una misma vesaniá, varían en cuanto al sitio, intensidad, calidad del proceso, etc.; de suerte que, con semejantes circunstancias, no es dable fundamentar cosa permanente ó científica.

Pero habiendo de seguir algún orden ó método expositivo, nos fijaremos en la procedencia y paradero de las causas; y si por lo uno vemos que, ó vienen formadas del exterior ó se desarrollan con la intervención de nuestra naturaleza, por lo segundo se nota, que unas se fijan con alguna difusión en el sistema nervioso cerebro espinal, al paso que otras lo hacen determinadamente en el encéfalo.

Véase cómo aclara lo expuesto el cuadro siguiente:

CUADRO 7.º

La demencia secundaria puede ser por.	Causas totalmente provinientes del exterior.		Alcohol. Opio. Belladona.—Haschich. Cloroformo.—Traumatismo.
	Causas que se forman en el interier y dan lugar á....	1.º Enfermedades generalizadas.	Enfermedad de Bright. Uremias. Diabetes. Gota, reuma, diátesis herpética.
		2.º Enfermedad localizada en el sistema cerebro-espinal.	Epilepsia. Histerismo. Hipocondría.—Puerperio.
		3.º Enfermedad limitada al encéfalo.	Congestión.—Anemia. Inflamación.—Hidropesia. Tumores, etc.

Muchas otras enfermedades pueden acarrear la enagenación mental, como v. gr.. el bocio exoftálmico, la eselerosis muscular, la insolación, traumatismos, etc.; pero son tan pequeños sus síndromes en comparación con los de la enfermedad causante ó total, que, ó casi todo lo absorbe ésta, ó el delirio viene á tener la importancia del de la generalidad de las fiebres.

Además, aunque por olvido ó ignorancia mía dejare de exponer alguna, se presentan tan claras las divisiones del cuadro, que cualquier médico sabrà, á poco que se fije, dónde ha de colocar á su considerada.

Por úllimo: en cada una de estas clases de locura háblase de su diagnótico, pronóstico y tratamiento especial, emanado de la enfermedad primaria, al paso que, iguales nociones referidas á la demencia como suceso principal é independiente, se tratarán en la última parte de estos elementos.

CAPÍTULO II

DEMENCIAS PROVINIENTES POR CAUSA EXTERIOR

I

Demencia alcohólica.

Ya sabemos que las bebidas alcohólicas tienen grande influencia sobre la parte psíquica del hombre.

El hábito de beber y las repetidas embriagueces causan una especie de mentopatía más ó menos señalada, según los individuos, pero que generalmente está sostenida por la persistencia en el tomar, aunque sea poco, cosa propia de la enfermedad (dipsomanía); como ya hay saturación, no son necesarias sino gotas para que el vaso lleno rebose.

Generalmente la edad aumenta el deseo, porque con la costumbre anterior el frío y decadencia de la vejez se viene formando necesidad de aplacar la tristeza, de suavizar los días amargos y de crear energías nutritivas, que muy bien quedan cumplidas con el uso del vino.

En las naciones que tratan de abolir las bebidas espirituosas se han formado sociedades de templanza, opuestas, como buenamente pueden, á que se beban alcohólicos; pero mientras haya pesares en la humanidad, mientras la escasa alimentación del jornalero no se complemente de otro modo, mientras las fuerzas vitales hallen en aquéllos excelente auxiliar y, en fin, mientras no venga una barrera capaz de contener y desviar la costumbre de miles de años, seguida por millones de personas, creo que esperar en la abstemia universal es lo mismo que esperar en la venida del Mesías.

Y como del uso al abuso, especialmente en esto, el paso es tan fácil é inconsciente, también puede asegurarse que mientras se beba vino y licores habrá quien se embriague, sucediendo con más seguridad en algunos individuos en quienes su predisposición á la locura agranda la vulnerabilidad.

Lesiones anatómicas.—Inflamaciones bastardas en las paredes vasculares, esclerosis hepáticas, éxtasis congestivos cerebrales, retardos nutritivos, degeneraciones grasosas, aspecto facial con enrojecimientos y desigualdades, sobre todo hacia la base de la nariz, dermatosis y otros desórdenes tróficos consecuentes, tales son las principales señales ó huellas del alcohol por la organización del obcecado en su adversa costumbre.

Cuadros sintomáticos.—Como todos habrán visto algún beodo, no considero oportuno ocuparme de este suceso pasajero y durable

hasta que se elimina la causa del cuerpo. Pero hay casos en que, á pesar de haber desaparecido, queda la perturbación psíquica por alguna temporada, v. gr., un mes, y esto ya constituye una primera fase de locura alcohólica. Acostumbra á observarse con síntomas de exaltación muy graduada, y se conoce con el nombre de *delirium tremens*.

Preséntase cual indeterminado en alguna de sus formas, de modo que hay variabilidad de sentimientos, y se manifiestan todos muy expansivamente.

El amor propio del enfermo está destemplado, y para creerse igual á los superiores, ya para recelar de los demás y encolerizarse contra ellos, ya para demostrarles afecto con exageradas palabras y actos, ya para reir, llorar, jurar, blasfemar, rezar, publicar secretos y hacer alardes de lujuria, siendo acompañadas estas rápidas mutaciones de la correspondiente mímica, y no cesando tal confusión sinó cuando las fuerzas físicas quedan agotadas. Así pasan tirando la comida, medio desnudos, sin dormir, alarmando si están libres á su familia, al vecindario, y aun á las autoridades, hasta que transcurridos 10, 20 á 30 días, va renovándose la cordura, sólo permanente si no se abusa otra vez del vino ó licores.

Distinto conjunto sintomático se constituye por una especie de demencia con delirio positivo de grandezas indeterminadas completamente satisfechas, cosa que presenta á los pacientes tranquilos y subordinados, contrastando su omnipotencia de palabra con su gran pasividad de actos, pues ni aun suelen efectuar buenos movimientos por padecer temblores, parálisis en los miembros, etc. Este cuadro morboso es muy parecido á la demencia congestiva de que luego hablaré; súfrenlo, sobre todo, las personas jóvenes.

Tampoco es raro que después de miles de borracheras y envejecido el individuo, adquiera cierto carácter uraño ó retraído, y los estigmas de la demencia intelectual incompleta con delirio negativo de moralidad.

Citaré, en fin, varios grados de estupor melancólico como variante también de la vesania báquica.

Algunos otros desórdenes mentales vienen á complicar los síndromes referidos; entre ellos mencionaremos, la privación ó pérdida del conocimiento que, siendo pasajera en las embriagueces, la he visto permanecer dos días durante el curso del *delirium tremens*. Así mismo, al remitir los ataques intensos ó alternando con ellos se observan impotencias en el discurso y una mezcla de lesión congestiva y discursal, ó pérdida de la memoria, etc.

Para concluir, pongo el siguiente cuadro resumen de lo dicho, ó de las modalidades que puede ofrecer la alcoholimanía.

CUADRO 8.º

			Modalidades.
La demencia alcohólica puede presentar.	Forma aguda.........	1.ª	Embriaguez vulgar.
		2.ª	Delirium tremens.
	Forma crónica........	3.ª	Demencia mixta con delirio de grandezas indeterminadas y congestiva.
		4.ª	Demencia con delirio negativo de moralidad.
		5.ª	Demencia intelectual completa (estupor melancólico).

Respecto á los efectos más importantes de las funciones nutritivas, bien tienen su asiento en el sistema nervioso, y son temblores, parálisis, pronunciaciones defectuosas, amiostenias; bien en el circulatorio, y son congestiones extásicas en los vasillos cutáneos, encefálicos, hepáticos, gástricos, etc., resultando de semejantes desórdenes, perturbaciones digestivas *(vomitus matutinus potatorum)* palpitaciones, procesos esclerosicos, hepáticos ó renales y otros de menos frecuencia.

Estas enfermedades por lo que hace á su intensidad se hallan á menudo en razón inversa de la agudeza mentopática, pero aunque casi pase desapercibida la presencia de alguna de ellas, ya será suficiente lo anotado respecto á desórdenes psíquicos para individualizar la especie de demencia alcohólica.

Diagnóstico.—La causa y los antecedentes son de gran valor acla ratorio. La forma del mal rápido en evolucionar más que los ataques de demencia versátil esencial, pues estos duran por lo menos doble tiempo; la posible mutación de especies vesánicas, su mezcla, tratándose de cronicidad, y aun la ingerencia de accesos de privación, son también circunstancias bastante ilustrativas para diagnosticar con

acierto, máxime si concurre el catarro gastro-intestinal, alguna dermatosis, el aspecto exterior (enrojecimiento nasal), temblores, etc.

Tal vez la prueba por el vino ó el alcohol, que administrado con la debida prudencia pondría de manifiesto el mal, pudiera intentarse en casos bien meditados.

Pronóstico.—Si pudieran abstenerse estos enfermos, en tiempo oportuno, de las bebidas alcohólicas pronto quedarían curados; pero, no pueden, se han habituado á ellas, y del mismo modo que otros al tabaco ó al juego, así estos á los licores. Se requiere una fuerza de voluntad muy grande, y aun la sustitución con algo que reemplace lo suprimido, cosas que excepcionalmente se dan.

Tratamiento.—Es muy sencillo y de resultados satisfactorios en el manicomio si se llega á tiempo; consiste en procurar que el demente se abstenga por completo de las bebidas alcohólicas, á lo cual no ha de irse directamente sinó disminuyendo poco á poco, sin casi notarlo el enfermo, aunque sólo sea uno ó dos gramos de vino al día, así como también las ganas de beber dándoles las comidas poco saladas, y procurando que la digestión funcione regularmente, que no haya sed. Las lavativas de agua clara más ó menos templada, concurrirán al efecto deseado.

El uso del café reemplazará bien á la costumbre enántica.

Además, la eliminación por los vomitivos y purgantes, hará que en ciertos casos mejore rápidamente la situación.

Todo esto ha de ir auxiliado con la morfina, si es preciso, y de las reflexiones convenientes, según veremos al hablar del tratamiento general de la locura, y que en un caso me dieron resultado bueno por completo.

Los otros desórdenes nutritivos se tratarán como detallado se halla en las obras de medicina general.

II

Demencia morfínica.

Desde los tiempos de Homero se conoce el opio; bien podemos, pues, llamarle compañero inseparable de la humanidad, porque le presta servicios desde muy antiguo, consolándola y destruyendo en muchas ocasiones lo que, á no ser por él, mermaría grandemente el número de sus individuos.

Posee, pues, la virtud de quitar penas, y además el atractivo de procurar un estado mental sumamente parecido al sueño amenizado con ensueños agradables, y no es extraño que, en vista de tales pro-

piedades, sea motivo de tentación para que del uso se pase al abuso. En efecto; muchos enfermos se libran del dolor tomándole; después de algún tiempo se habitúa á él la naturaleza y no hace efecto sinó aumentando la dosis, y así sucesivamente se dejan arrastrar, hasta que por la abundancia del opio en el organismo, ó por las modificaciones que le ha imprimido, constitúyese el morfinismo, una de cuyas modalidades es la demencia morfínica.

Otros vienen à parar á la misma, porque tienen la costumbre de fumarle, según sucede en muchas naciones asiáticas, sobre todo en China. Yo he visto alguno de estos hijos del Celeste Imperio, con su larga pipa (cachimba) y otros enseres adecuados para hacer arder al opio, encerrarse solos á obscuras en un aposento para mejor evocar el sueño y acostados en su cama ir fumando hasta quedar sumidos en una especie de sopor, del que acostumbran á salir abatidos. Por esta mala costumbre había en el manicomio de la Habana algunos chinos afectados de la mentopatía á que me refiero.

Los desórdenes que la sustancia tebáica origina en el cuerpo humano, son: hiperemia de la sustancia gris del cerebro, los desarreglos tróficos causantes de excitación primero y luego parálisis de los reflejos, constipación de vientre, hiperhidrosis, palpitaciones, decadencia nutritiva general estando íntegros los sentidos, etc., etc.

En cuanto á las perturbaciones mentales, son por acción inmediata del soporífero sobre tales facultades y por acción mediata, ó sea por las desorganizaciones que á consecuencia de su abuso se han ido operando poco á poco.

Lo primero se desvanece en cuanto la sustancia ha sido eliminada del cuerpo: consiste principalmente en la analgesia, el sopor con delirios internos ó ensueños y el estado comatoso si la acción es mayor. De estos efectos no debemos ocuparnos, porque no constituyen mentopatía.

Los mediatos persisten aun después de hacer tiempo que se eliminó el opio del organismo; ya he dicho el porqué de su existencia; ahora añadiré, que componen un síndrome muy parecido á la demencia intelectual completa en su primer grado.

En efecto: la indiferencia, el estupor, la abstracción de lo real y además síntomas de aquella locura, se hallan también en esta modalidad de la morfínica.

Pero no siempre están así los enfermos, puesto que se les ve variar para presentarse como dementes discursales, ya sumisos, ya indiferentes.

Citan, en fin, muchos autores, un conjunto que tira algo hacia la

clase intelectual incompleta con delirio negativo de salud, resaltando las alucinacionee (ilusiones mejor dicho) de que hormiguean algunos animalillos por debajo de su cutis, etc.

La duración de esta locura es indeterminrda; su pronóstico depende del grado del desórden.

El diagnóstico se funda en los antecedentes; y como en Europa no hay costumbre de fumar opio, podemos decir que es una rareza, al menos en España; por lo demás, la descripción esbozada, basta para hacernos sospechar é investigar si realmente tenemos á la vista tan especial vesania.

El tratamiento consiste, como es natural, en la supresión de la causa y en combatir los efectos de la misma, con la medicina que corresponda. De un modo general citaré como antídoto, más ó menos opuesto, la atropina y aun el café.

III

Demencias atropínica, aschíchnica y clorofórmica.

Sólo á título de cosa posible más bien que observada, hago mención de estas sustancias para causar demencia, no creyendo del caso extenderme más sobre el particular, pues al describirlas, había de enumerar los efectos de aquéllas sobre el cuerpo humano, que se detallan en las obras de terapéutica, que todos conocemos y huelga copiar.

Cabe, pues, la posibilidad de su aparición en el campo de la psiquiatría, así lo afirman autores célebres (Trousseau, Gubler y otros); más por su rareza, por lo indefinido de las mismas y porque no las he observado, cumplo con hacerlas tomar parte en la clasificación.

CAPÍTULO III

DEMENCIAS POR ENFERMEDADES GENERALIZADAS

I

Por el mal de Bright.

Esta enfermedad conduce á la uremia y se revela por tres maneras: convulsiva, delirante y comatosa.

He aquí cómo se expresa el insigne Dieulafoy respeto de la segunda forma:

«La uremia delirante se presenta bajo diferentes aspectos. Ordinariamente, el delirio aparece como epifenómeno en los últimos períodos de la enfermedad, pero en algunos casos adquiere una importancia preponderante (Raymond); puede revestir los caracteres de la manía aguda con excitación, agitación, insomnio, locuacidad, vociferaciones. El enfermo se levanta á cada instante.»

... «La excitación alterna á veces con fases de estupor, letargo y somnolencia.

»En algunos casos predominan las más variadas alucinaciones».

»Otras veces domina la tristeza y el abatimiento, hasta desconfiar de todo y revelar tendencias suicidas.

»Ya es el sentimiento de desconfianza en los demás el que domina.

»Ya, en fin, el religioso.

»Estas diversas variedades de delirio pueden presentarse aisladamente, á menudo se suceden, alternan ó se combinan. La duración de la locura urémica es variable, desde semanas á cuatro y aun á ocho meses.

»Si á veces el delirio urémico va con manifestaciones, que no permiten dudar de su naturaleza, otras es tan preponderante, que oculta cualquier otra manifestación de las que suelen acompañarle y no dejan de existir dificultades para determinar su naturaleza».

Estos párrafos, tomados de la última edición española de la *Patología Médica* del mencionado autor, están expuestos casi al pie de la letra, para dar á conocer mejor su conformidad con lo dicho en este tratadito acerca de las manifestaciones de la demencia secundaria en general.

Respecto del tratamiento me ceñiré igualmente á lo que se contiene en los libros de medicina no especialista, para oponernos á la naturaleza de la vesania; en cuanto á sus síntomas, se atenderá á lo contenido en el tratamiento de la locura en general.

II

Demencias por diabetes, blenorragia y reumatismo.

Aunque los autores de patología médica mencionan algunos síntomas referentes á la perturbación psíquica de la diabetes, son tan vagamente expuestos, que más se deja ver en tales descripciones la posibilidad, que no la formal constitución de la demencia.

En cuanto á la blenorragia, he observada tres individuos que, sin más que una ligerísima humedad uretral, estaban tan continuamen-

te preocupados, y era tal su sentimiento de desconfianza en recobrar la salud, tan infundado, exagerado y pertinente, acompañándose á sí mismo de ilusiones, viendo los enfermos manchas y granos donde no había nada, que llegaba á privar la razón hasta el punto de poder considerárseles como hipocondríacos.

La pena que sentían tan desproporcionada al mal, los gastos en médicos y medicinas, la solicitud ridícula por aplicarse remedios, delataban claramente su desórden mental. Notábaseles que sufrían demasiado moralmente en proporción con la insignificancia del efecto físico.

Esta clase de perturbación va cambiando poco á poco en buen sentido, de suerte que, de los cuatro á los diez meses queda curada.

Para su tratamiento conviene el uso de los antiblenorrágicos y reflexiones morales apropiadas.

El reumatismo cerebral ocurre, como fenómeno de localización reumática en las meninges y en la masa encefálica indirectamente.

Preséntase, ya con síntomas de agudeza, en cuyo caso se tiene un delirio de esta especie ó según se ve en muchas fiebres, ya con síntomas de cronicidad simulando lijerísima demencia bajo la forma de lipemania ó melancolía, que considero como leve demencia intelectual completa. Puede mudarse en estado comatoso más ó menos graduado y lo ordinario es que cure á las dos ó tres semanas, desapareciendo la localización por ir el mal á otro sitio.

CAPITULO IV

DEMENCIAS POR NEUROSIS CEREBRO-ESPINAL

I

Demencia epiléptica.

Supongo sabido todo lo concerniente á la epilepsia, considerada según se estudia en los cursos de patología médica.

Aquí haré mención solamente, de lo que corresponde para exponerla bajo el punto de vista frenopático.

Estos enfermos, por lo común son de carácter irritable, colérico y taciturno; están sujetos á verdadero delirio; (Dieulafoy), su carácter es esencialmente impulsivo, (Falret).

La ceguedad por el sentimiento de cólera é ira en que caen, hace que fácilmente cometan agresiones terribles, robos, incendios, etcétera.

La demencia discursal más ó menos pura, acompaña á la epilepsia bastantes veces y se convierte en ataques de delirio indeterminado que duran bastantes días.

Vístese á veces con el ropaje de la imaginal y asímismo también con el de la intelectual incompleta, ofreciendo un día delirio de grandezas, otro de desconfianza, otro de amor lascivo, etcétera.

Las manifestaciones sociales de estas diferentes locuras, aunque corresponden á los tipos expuestos en la segunda parte, no son tan limpias, se confunden á menudo entre sí los cuadros de unas con los de otras.

Voy á describir algunos de estos enfermos para más detallar la vesania.

A una demente, en el manicomio general de la Isla de Cuba, veiala generalmente tranquila, relacionándose con lo actual, pero tan pasiva en obedecer tranquilamente, que aparentaba ne discurrir, ni tener casi voluntad sobre cosa alguna, pudiendo conceptuársela como imbecil entre sumisa é indiferente.

Pero á veces cambiaba de situación, volvíase colérica y muy susceptible, pues por poco que se la excitase se ponía á hablar gritando, iracunda en sumo grado contra quien á su parecer la había injuriado; lo cual concluía casi siempre en el ataque convulsivo.

No era agresiva, la ira de que he hablado, no pasaba de palabras; y del ataque iba saliendo con cesar: 1.° la demencia animal; 2.° la imaginal y en fin quedando en la discursal más menos compleja.

Además de varias cicatrices en su cabeza, por heridas á causa del accidente, ofrecía de particular la de tener otra por habersele operado de labio leporino simple.

En igual sitio que esta última enferma, ví también á un soldado valenciano, gran mozo y de aspecto demasiado juvenil; en su batallón conociósele la epilepsia, y trasladado al hospital militar, en un acceso de ira con demencia discursal arremetió é hirió á cuatro ó cinco de sus camaradas, sin más motivo que su loca furia.

En el manicomio, ordinariamente estaba encerrado en su celda, con camisa de fuerza á veces, porque cambiaba á demente con delirio indeterminado, ó manía de los autores, haciendose sumamente agresivo.

El ataque epiléptico le repetía cada cinco ó seis días.

Era muy notable en este enfermo, lo amoroso que se hacía convirtiéndose rápidamente en lascivo de palabras.

Reconócese fácilmente la clase del padecimiento por el ataque de epilepsia, que ostensiblemente ocurre en la generalidad de los casos.

Si en varios de estos no se presenta con franqueza tal distintivo, ó si se halla cambiado por otro fenómeno equivalente, la anamnesia declarará la existencia de aquel en otra época ó en sus próximos parientes, por ser enfermedad muy hereditaria; y en el enfermo la manifestación sustituyente, ira acompañada de plena privación intelectual momentanea, ó sino, á lo rápido de su existencia, ira unida la idea de ataque periódico.

Además, la manera de comportarse el alienado en las intermisiones, hará comprender, que no está en plena cordura, algo de anómalo habrá en él y podrá referirse á cualquier clase de demencia esencial.

En cuanto al pronóstico, no hay que hacerse ilusiones, podrá mejorar por algún tiempo más ó menos largo, pero la enfermedad existe mientras vive el individuo, quien á fuerza de ataques, viene á quedar en una especie de versania imaginal leve hasta que con alguna apoplegía llega la muerte, si por afectos comunes no ha ocurrido antes.

Ya sabemos que varios casos de trepanación han curado á otros tantos enfermos, pero esto es la excepción y más se refiere á los ataques epilépticos que á la demencia.

Respecto del tratamiento médico el bromuro potásico administrado en dósis crecientes desde 5 á 10 gramos diarios, ha producido reales mejorías.

La belladona también se administra comenzando por un centígramo al día, hasta llegar á un decígramo de extracto en las veinticuatro horas, pero con menos éxito que el bromuro.

Es muy eficaz además para evitar los accidentes, la tranquilidad moral; hállase bien comprobado, que cualquier disgusto y aún emoción alegre ó triste sorprendente suele ocasionarlos.

Durante aquellos, no hay que hacer sino quitar compresiones de prendas de vestir y cuerpos que puedan dañar al enfermo, cuidando en lo posible con algún objeto apropiado puesto entre los dientes, que no se muerda la lengua.

Para lo que pueda perjudicarles por caidas de la cama durante la noche, deberán dormir en tarimas bajas; y contra los golpes de la cabeza, también sería conveniente el uso de una gorra acolchada y bien sujeta, que pudiera mitigar el choque.

Lo demás se expondrá en el tratamiento general de la demencia.

II

Demencia histérica.

El histerismo es otra de las neurosis, que frecuentemente dan lugar á mentopatías y no es extraño que así sea pues toma los sindro-

mes de innumerables afecciones, cambiando de unos á otros, como el camaleón de colores, según se dice.

Los caracteres de esta enajenación se refieren á veces, á expresar pasión amatoria, sin reconocer límites que contengan el impulso á la lujuria.

Frecuentemente los enfermos están en delirio positivo de amor á la vida, relacionándose con lo actual y divagando solo por el sentimiento dicho, pero tampoco es raro verlas exaltadísimas y con delirio versátil ó indeterminado. (Manía histérica).

Otras de aquellas se hallan algo cuerdas, pero en cuanto viene la menstruación, ó cada mes, experimentan un ataque de demencia de la última especie dicha, por el que se muestran sin pudor, como inmorales, totalmente insubordinadas, vociferando, desnudas, sucias y cerradas en alguna celda para la conveniente sujeción.

A veces, padecen una especie de locura que según los datos suministrados por respetables autores, es un intermedio entre la demencia discursal con insensatez (locura moral) y el delirio indeterminado en su grado mínimo.

Acompañánse estos desórdenes de algún otro fenómeno histérico como los ataques convulsivos, enfermedades de los órganos genitales, neuralgias, antecedentes neuróticos en la paciente y en sus parientes próximos.

A menudo aquellas convulsiones tienen algún viso de epilépticas, por cuya razón se consideran como mixtas ó histero-epilépticas.

El diagnóstico se funda: 1.° en la presencia de algunas señales de histerismo distintas de la enajenación; 2.° en los antecedentes que concurren para el caso; 3.° en la forma varía de la alienación; 4.° en cierta periodicidad para exacerbarse; 5.° en la significación del desórden genital; 6.° y en la mutación de formas que en la misma enferma suelen ocurrir, ó sino en la poca limpieza que tienen, comparadas con las esenciales.

La tendencia á mejorar hacia la época de la menopausia, y la circunstancia de no corresponder la magnitud de los desórdenes funcionales con la insignificancia de las perturbaciones anatómicas, deben también tenerse en cuenta para el diagnóstico.

Respecto del pronóstico, diré, que esta afección es mucho menos grave que la demencia epiléptica; cura frecuentemente al cabo de seis á ocho meses, si bien, vuelve á repetir, pero puede desaparecer, ó mejor dicho quedar en una especie de carácter raro que en el seno de la familia y más tratándose de mujeres no requiere sino algo de buena tolerancia.

Contra esta clase de mentopátia en lo que se refiere á la naturaleza del mal carecemos de recursos. Algo favorecen los baños y la electro-terapia pero ordinarimente es muy transitoria su benéfica acción; mas deben intentarse estos agentes.

La sugestión, tambien es muy recomendada, en tratados y revistas se lee que casi ha hecho milagros; no obstante, ya llevo dicho en otro lugar el concepto que tengo formado de su esencia, obligado á ser consecuente con mis ideas, no debo pues aconsejarlo.

III

Demencia hipocondríaca.—Idem puerperal.

Aunque hay motivos para no estediar aqui estas formas, lo hago siquiera sea rápidamente, porque hay autores especialistas que conceptuán á la primera como neurosis, (¿Morel?), y en cuanto á la segunda es tan grande el papel que desempeña la predisposición y se producen en el puerperio cambios morales y nerviosos de tal importancia que obligan á juzgarla igualmente en atención á las mismas causas que para la anterior.

La demencia hipocondríaca, ó hipocondría simplemente, es poco notable porque si bien se mira, cuando va acompañada de desórdenes, sobre todo del aparato digestivo, no parece otra cosa sino uno de los signos comunes constitutivos de las enfermedades gastro-hepato-intestinales, pues ya sabemos que las ideas tristes suelen asociarse á las ictericias y lesiones hepáticas, que las preocupaciones é inquietudes por la salud, porvenir, fortuna, etc. son inherentes á los catarros crónicos del intestino y que en estos casos no se aprecia claramente cual neurosis, por depender de perturbaciones orgánicas bastante fijas.

Pero si como es muy cierto que ocurre, se ve la vesania sin dichas concomitancias, ya se puede considerar cual esencial y perteneciente al delirio negativo de salud segun queda descrito en el capítulo correspondiente.

La locura *puerperal* es propia del embarazo alguna vez, y sobre todo después del parto es cuando más se presenta en los 15 dias consecutivos. Mucho pueden influir èn su presentación las modificaciones que ocurren en el sistema nervioso por las pérdidas de sangre, ó por la lactancia y demás cambios.

También ocurre por metritis puerperal y aun por ínflamaciones de las mamas (Wínckel).

Las manifestaciones maniáticas consisten casi siempre (Tompson)

y Lusk); en alucinaciones agradables, extasis, et·. en un cambio de sentimientos predominando la erotomania, ninfomania y delirio de persecución.

Otras vecas se presenta como delirio indeterminado muy exagerado, la enferma reza, grita, impropera, perora, tiende á escapar de la sujeción, se quita la camise, reusa alimentos y hasta manifiesta deseos de suicidio.

El diagnóstico se funda en los antecedentes y síntomas de puerperio.

El pronóstico no es del todo grave, muchas enfermas, (el 60 por 100) curan, otras fallecen por las cemplicaciones ó quedan en estado de cronicidad con iguales manifestaciones, si bien menos intensas, lo cual ya es debido mas á la predisposición que al puerperio.

El tratamiento consiste en cohibir los derrames y secreciones escesivas que pueden debilitar á la enferma.

Aconséjanse enemas de cloral y bromuro potásico (á 15 decigrs.) disueltos y admínistrados en enemas, compresas frias sobre la cabeza y ante todo ver de regularizar las funciones.

Si va haciendose duradera la vesania, lo mejor sera trasladen á la enferma á un Manicomio.

CAPITULO IV

DEMENCIA CON LESIÓN LOCALIZADA EN EL ENCEFALO.

I

Demencia orgánica

Todo lo concerniente á desarreglos circulatorios del cerebro, ya sean mecánicos como las compresiones de los tumores, ya vitales como las compresiones de las hidropigénicas, podemos agruparlo en una sola forma de enagenación, á la que distingo con el nombre que encabeza el presente párrafo, la cual ofrece variantes bien individuales según el proceso que vaya causándolas, tan aparente y expresivo en la mayoria de los casos, que conociéndole, huelga describir la demencia correspondiente; es muy secundaria; al fin y al cabo sera alguna combinación de las formas de la 2.ª parte y aun tal vez con el fondo morboso del proceso que expongo en el párrafo siguiente.

Ademas, sus nombres, formados en cuanto á lo psíquico por los de

la locura esencial á que mas se acerquen, es natural que se califiquen con el de la enfermedad tróflca concomitante.

Sirvan de aclaración sindrómica y ejemplo de nomenclatura los siguientes casos:

1.° Erase un matrimonio; á consecuencia de una riña habida entre el esposo y otros individuos, se alteró el sistema nervioso de aquel al extremo de sobrevenirle convulsiones epileptiformes. Ya estaba de antes predispuesto á desórdenes mentales, segun revelaba su caracter demasiado tosco y como de imbécil.

Aquellas, se repitieron varias veces por entonces, vino luego fiebre, pérdida de la relación psiquica con lo actual, á modo de un idiota en grado minimo, y pasadas alguuas semanas mejoró notablemente llegando á levantarse de la cama.

No adelantando la bonanza hasta la curación, nuestro enfermo quedó crónico, y si bien contestaba razonablemente, le faltaba mucha expresión, se ensuciaba en los pantalones ó en cualquier mueble y se convirtió en un ser impotente, sin voluntad propia; era muy dócil, conformándose por completo á sí su mujer lo llevaba calzado ó descalzo, limpio ó puerco.

Cesaron al año los ataques convulsivos, en cambio fué haciendose pseudo-parapléjico, y resaltaba en su modo de ser psíquico morboso, la indiferencia al gobierno de la casa, al amor de la esposa é hijos, á la limpieza, al movimiento, etc.

Mas que otra cosa, parecía un atontado ó embrutecido, de cuyo estado salia cuando se le preguntaba algo. Una temporada, le dió por llamar constantemente á su esposa, diciendo que la queria mucho y «vámonos á la cama».

La paraplejia remitió hasta un grado inesperado; mejorando de la mente el enfermo, jugaba ya á la baraja, reíase y manifestaba expresión con los demás, pero esto no persistió, volvieron la impotencia física, varias contracturas, la obtusión sentimental, alternativas patológicas oscilantes por espacio de unos 3 años: y en fin, ya sin voluntad, sin potencia para levantarse de la cama, una mañana al ir á despertarlo su mujer, se lo halló muerto.

Yo creo, que este caso puede diagnosticarse como encefalítis crónica en cuanto á lo orgánico de las lesiones, y en cuanto á lo mental tan pronto revistió forma discursal, como imaginal, animal, epiléptica, delirio indeterminado y salud mental: esto es lo que sucede en las locuras secundarias orgánicas y que á veces impide considerar como definitivamente loco al enfermo, así como una denominación fija obligando á nombrarlos segun la enfermedad encefálica coexistente causal.

Puede pues adoptarse para el cuadro descrito el de Demencia con predominio discursal por encefalitis crónica.

2.° La esposa del precedente historiado, de unos 50 años de edad, viuda, hija de padre que murió según las explicaciones adquiridas por hemorragia cerebral y hermana de un imbécil en grado mínimo, comenzó, ya estando malo su marido, á presentarse muy apática para tomar determinaciones, si bien sensible y llorosa pasivamente ante sus desgracias.

Comía poco y mal, se le caía la baba, la desidia y abandono ahuyentaron de su casa pobre á la higiene; sin energía moral voluntaria, dominada completamente por el sentimiento de su ineptitud, echóse en el surco, según suele decirse, y hubo de pasar á manos de criados la administración de sus haberes y salud, cosa que le era del todo indiferente. A veces lloraba y aun reía al mismo tiempo, muy embobada y casi sin saber porqué, pues si le preguntábamos como se hallaba, contestaba á todo con gran conformación pero lloriqueando: «muy bien».

Una diarrea por mal régimen al principio y luego atónica, fué minando su salud, últimamente se hacía sin sentir en la cama, en la sala, etc. Después, los vértigos y vahidos de cabeza no le dejaban mover en algunos días del lecho.

Estos se mitigaron, y en su lugar presentóse suma debilidad para andar, casi paraplegia, de la cual también mejoró, siendo á su vez reemplazada por contracturas permanentes en los músculos de la nuca.

La cefalalgia llamó más que nada por unas semanas nuestra atención y siempre la incontinencia fecal, favorecida por la desidia viene coronando el síndrome de tan negras tintas que viene ofreciendo nuestra paciente.

Por ahora, su estado mental, en un momento dado, parece regular, pues contesta con cordura; pero la falta de actividad psíquica, esa decadencia voluntaria hasta para los actos de la vida nutritiva y ese defecto de reacción contra el infortunio, forman una verdadera demencia claramente demostrada, en el auxilio que á su paresia orgánica presta su carácter moral de abandono y sumisión exagerada, por falta de limpieza, gobierno de su casa, etc., cosas que creyendo ella que le favorecen ó al menos son inofensivas, perjudícanla de tal modo, delatando su inutilidad social, cual se ve en los imbéciles indiferentes.

Tenemos, pues, en la enferma gran defecto de determinaciones volitivas, apatia é indiferencia en tomarlas ó dejarlas, y esto es parecido á los imbéciles de nuestra tercera agrupación, tanto más, cuanto

que no hay delirio; en su virtud concluyo diagnosticando el mal así: *Demencia discursal predominante por anemia cerebral*, que casi es seguro engendra ya reblandecimiento nervioso.

3.° Otro individuo de unos 78 años, trabajado por disgustos morales profundos á lo último de su vida, enfermo habitualmente de catarro bronquial senil, muy parecido á asma cardíaco leve porque le permite comer, beber y pasear como bueno, cierto día, hallándose en una tienda, le dió un desvanecimiento, perdió el sentido é inmediatamente fué trasladado á su casa, donde tambien muy luego recobró la razón.

Mas este retorno no fué completo; después de ir viniendo paulatinamente en conocimiento de lo actual, no llegó á restablecerse su memoria de las cosas; así por ejemplo: le decía yo que nombrase la figurita ú objeto de adorno puesto encima de la mesa de su habitación (un lagartito),y y riéndose él mismo de su impotencia, no acertaba; igual sucedía con otras cosas á las que bautizaba con cualquier palabra. Su conversación flaqueaba mucho por no atinar á discurrir, ni á las palabras de atinada contestación, solía repetir en son de réplica las últimas frases de lo preguntado; éstas, y los monosílabos «sí y no» servíanle para salir muchas veces del paso.

Mejorando algo más, fué marchando de su casa á paseo, interviniendo en los asuntos de la misma como si estuviese bien, pero siempre con algo de lo mentalmente apuntado cual defectuoso. Hace más de un año qne se inició este mal, y no tendría nada de particular que repitiese algún otro ataque apopletiforme.

Y en vista de lo dicho y de que ni hay delirio, ni completa enagenación mental, creo se trata de *Demencia imaginal parcial orgánica por trombosis cerebral*.

4.° Más casos podría citar de estos, que no van á los manicomios, pero sólo mencionaré, para concluir, el de un señor sacerdote, enfermo muy parecido al último descrito, que después de ocho meses, todavía sigue con su amnesia y perturbación mental consiguiente, que le imposibilita de desempeñar su ministerio parroquial, si bien para ir y venir por algún paseo y acompañado de otra persona, comer, etcétera, está algo útil.

Diagnosticóse por dos profesores su enfermedad como trombosis por arterio-esclerosis en las capas corticales del cerebro y visto el enfermo por mí, juzgué que se perturbación mental era lo mismo que la del precedente caso, aunque tal vez abarcase un poco más de extensión, es á saber: *Demencia imaginal parcial orgánica* por trombosis cerebral.

II

Demencia orgánica congestiva.

Entre las formas que acabo de indicar, ofrece especial interés por la fijeza de sus lesiones y síntomas, la engendrada por periencefalitis difusa, llamada también locura paralítica ó demencia congestiva (Baillarger).

Cuéntase entre sus causas la herencia, la conformación pletórica cerebral, los trabajos intelectuales excesivos, las vigilias habituales, las emociones morales fuertes, sífilis, etc.

Lo que tiene potencia para producir las demás vesanias secundarias, y aún estas mismas, también suelen determinarla.

En el período medio de la vida es cuando más se presenta, prefiriendo á los hombres en nuestros climas, pero el Dr. Muñoz, de la isla de Cuba, dice que á las mujeres, al menos en su país.

Las lesiones ocupan en realidad, las más de las veces, toda la extensión de los centros nerviosos y son: engruesamientos de las meninges, asperezas y ulceraciones de la sustancia cerebral; atrofia de las circunvoluciones: agrandamiento de los ventrículos, en cuya superficie interior hay infinidad de granulaciones por proliferación; atrofia también con degeneración y destrucción de células nerviosas; neuroglia en proliferación y paredes arteriales espesadas.

Los síntomas son, bajo esta base fundamental: existe pérdida más ó menos grande de la memoria y discurso, frecuentemente delirio positivo de riquezas ó negativo de moralidad, etc., pero expuesto sin la energía y oposición que en otras mentopatías existe contra lo que las desacredita; de aquí, cierta sumisión que parece indicar ser involuntario el extravío, como si conociéndose no pudiera remediarse.

El paciente lleno de satisfacción manifiesta grandezas, que es millonario, que va á hacer feliz á todo el mundo; es infinita su liberalidad; y si se le contradice no piensa en rebelión, sigue gozoso expresando sus glorias; no cabe en él la pena de la adversidad.

Choca el contraste entre sus maravillas incomensurables y su facha lastimosa de ir quizás con un pié desnudo y otro á medio cubrir, con los demás vestidos mal puestos, sucios tal vez de sus propios excrementos, oliendo malamente, sin firmeza en el andar, ya que no haya algún temblor en las piernas, ó brazos, ó lábios, etc.

Con su lenguaje propalador de felicidades, ni aun pueden pronunciar correctamente las palabras; si se les dirije alguna de compasión, no la toman á mal, en ellos todo es agrado, cabe aplicarles metafóri-

camente, la frase de que su espíritu está pronto, pero la carne ó potencia, inútil.

Se olvidan hasta de las figuras de las cosás y personas, toman verbigracia á una zapatilla por un libro, á unos seres extraños por otros muy queridos, lloran de gozo al hablarles, etc.

Los temblores, sobre todo la hesitación de la palabra, ó la irregu laridad en los movimientos de articulación para la misma, son caracteres muy comunes, casi constantes de la vesania que me ocupa. Indicaré también, la desigualdad de las pupilas y el hematoma de la oreja.

En lugar de estos síntomas de grandeza, pueden observarse de tristeza y pusilanimidad, ó de persecución, mas siempre se nota el contraste entre lo mucho que se quiere y lo poco que se puede.

A veces, se observa la exaltación maníaca del todo inconsciente, como en el dilirio de abstracción expresada con gritos y movimientos convulsivos, accesos de cólera, ó ataques epileptiformes, estados comatosos, etc.

Poco á poco, el demente se hace más paralítico, padece alguna encefalitis que termina sus días, ó puede quedar en un estado de demencia imaginal, del todo impotente, súcio y expuesto á las trasgresiones de régimen más eficaces para acelerar su fin fatal.

La marcha de la enfermedad es lenta y progresiva interrumpida por accidentes agudos y remisiones.

La duración es de uno á seis años, como término general.

En cuanto al diagnostico, ya hemos dicho que son fenómenos muy significativos de este mal, los temblores en los músculos de la fonación y en algunas otras partes del cuerpo. Además, los sentimientos delirantes se expresan sin energia ni resistencia á la oposición. sin fijeza de temas y la coordinación de los de las demencias esenciales que puedan asemejarse á la congestiva. El desvario en fin de estos enagenados, se parece sobre todo en algunos casos más que á los de otras vesanias, al de las enfermedades intercurrentes.

Y es de notar, que asi como hay poca fijeza en la contracción muscular, también hay poca fijeza mental, pues no se contrarresta la oposición razonadamente, y en cambio parece que se suplica el crédito propio por la gracia de dar mercedes y riquezas.

El pronóstico es del todo grave.

Respecto del tratamiento, se aconsejan los revulsivos al tubo intestinal, sanguijuelas al ano, ó á los parietales, sangrias, gorros de hielo ó de Chapmann, ioduro, baños y corrientes eléctricas con los cuidados higiénicos y especiales que se detallarán más adelante.

Para aplacar los ataques convulsivos y el delirio bullicioso de abs-

tracción total semejante al de una encefalitis divagante, he usado con buen éxito, si bien pasajero, repetidas inhalaciones clorofórmicas de hora en hora y poco insistentes cada vez.

PARTE CUARTA

DIAGNÓSTICO.—PRONÓSTICO.—TRATAMIENTO

CAPITULO PRIMERO

DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA

Lo hasta aquí expuesto, considero sea bastante para inspirar un buen criterio sobre la locura, con el cual podamos separarla de la cordura en lo ordinario de la vida social, ó si nó se trata de aproximar exagaradamente, los límites hacia la línea de convergencia entre ambas.

Pero hay casos extraordinarios, que, á primera vista, no demuestran claramente su verdadera significación, son dudosos y esta duda se ha de desvanecer con alguna razón científica.

Antes de analizarlos, advertiré: que los pensamientos formados en la imaginación, pueden mirarse en cierto modo, cual voluntarios, afectivos y propios de la carne, por oposición á los de la inteligencia y discurso que son más libres y espirituales.

Los actos que por los primeros resultan, sin poder intervenir la nteligencia, son de locura intelectual. Los procedentes de los segundos, cuando la materia á que se vincula el intelecto está mal dispuesta, son de locura discursal ó imaginal. Todos pueden conceptuarse como trasudados del fluído mental mientras circula en su órbita, tanto más abundantes cuanto mayor sea la tensión de aquel *ex abundantiâ cordis, os loquitur*.

Hecho este ligero recuerdo, veamos los casos de referencia.

Cuando en la enagenación las facultades psíquicas no están delirando, el enfermo aparenta cabal juicio; y á no ser por alguna rareza en la expresión, alguna exageración en el carácter ó en las costumbres individuales, (indicio de enfermedad dueña del campo, aunque durmiendo, por decirlo así), parece que se goza de regular salud mental.

Dándose la circunstancia de haber delirio, pero tan razonado que no lo parezca, según se ve en la demencia del cuadro 4.°, forma 4.ª, ó en la del 2.°, y también 4.ª forma, igualmente nacerán dudas, sobre si se trata de un enfermo ó de un calavera é inmoral.

Aun siendo la extrañez notable, por muchos tal vez se crea que hay simulación, si es que se dan motivos para semejante conducta, ó el observado está sometido á algún proceso judicial.

Y así mismo, cuando las personas que rodean al que es objeto de comentarios son de escasos conocimientos, ó se le parecen algo, podrá suceder que no acierten á juzgarle sino como un hombre de carácter raro, tal opinión hará dudar á otros de más alcances y de este modo irá viviendo el loco, expuesto á mil contingencias y peligros, por no saber las gentes á qué atenerse respecto de si lo es ó nó.

Para resolver, pues, con acierto sobre estos casos y otros análogos que luego voy á manifestar, debemos fundar nuestro juicio en los siguientes principios generales bien prebados y verdaderos.

1.° Es común el concurso de la herencia á la producción de la locura; esto nos lo demuestra la experiencia y queda ya manifestado en los correspondientes lugares de este trabajo.

2.° En los antecedentes respecto de las facultades mentales y sentimientos del demente, también es lo ordinario hallar particularidades psíquicas (actos, palabras, conducta, etc.), expresivas de gérmen vesánico.

3.° Análogamente podrá notarse alguna anomalía anatómica del sistema nervioso, bien en cuanto á su proponderancia, bien en cuanto á su defecto, ya en general, ya en particular sobre algún órgano ó sentidos que el preside; v. gr., temperamento, idiosincrasia, patología nerviosa, rarezas nutritivas, defectos, excesos, etc., etc.

4.° Que lo efectuado por sentimiento de amor propio es demencia, cuando por la perversión del mismo resultan afectos de odio propio, sin conocer el cambio la persona en quien se opera, sucediendo una cosa parecida á lo del dicho vulgar modificado: «de tanto como me quiero me muerdo».

5.° Si se halla el presunto demente bajo la acción de un proceso judicial, puede sospecharse la simulación; aunque los resultados del amor propio parezcan de odio propio, en realidad quizás no lo sean. El castigo al delincuente impuesto por el odio social colectivo hacia la maldad, implicará tal vez muchísimo más grande perjuicio que el resultante de la ficción voluntaria individual.

6.° Para distinguir lo falso de lo verdadero, debe atenderse sobre todo al motivo ó causa de la acción; si es extravagante ó hijo de imaginación enferma, síntoma de enfermedad será ella; como la responsabilidad de un acto se mide por la inteligencia y conciencia que intervienen para su comisión, si éstas lo presiden será de cordura y si no de demencia.

7.° Por otra parte, la expresión sentimental acarreada por las imaginaciones locas es tan difícil de fingir con persistencia, que un médico alienista pronto sabrá á qué atenerse, ya juzgando directamente, ya valiéndose de la comparación con otros dementes que expresan iguales sentimientos. Y no puedo menos de recomendar eficazmente ahora que se ofrece la ocasión, el estudio de los caracteres y rasgos de dichas manifestaciones patéticas ya que son los trastornados verdaderos retratos de las mismas.

Compréndese la importancia de lo recomendado considerando que es un lenguaje involuntariamente hablado para decir lo que siente nuestro ánimo (los locos y los niños dicen las verdades), descubriendo lo cierto en muchos casos de medicina legal y quitando el antifaz al hipócrita. Y hoy que la fotografía brinda tan liberalmente sus servicios, conviene utilizarlos, pues creo darán resultados admirables en el diagnóstico de las mentopatías.

8.° Veamos ahora otra cuestión referente también al presente capítulo.

Las visiones, los éxtasis, las revelaciones y otros sucesos sobrenaturales que los santos han experimentado, se toman por alguno como síntomas de locura, pero si se considera que estos seres privilegiados han sabido negarse á sí mismos en todos sus actos que siempre han caminado á la perfección cristiana con toda su voluntad, que al revés de los locos han huído de los pensamientos de la carne y, en fin, que han muerto para el mundo por vivir con Dios, parecerá (aparte de toda prueba teológica) muy natural, razonable y justo, que este sublime sacrificio sea correspondido con favores tan especiales como los dichos. Los actos de estos grandes hombres son tanto más superiores cuanto más son hijos de la gracia, de la inteligencia y voluntad de Dios que sustituye á la propia.

La cuestión, pues, queda reducida á saber si corresponden realmente á la ley moral cristiana, si se ajustan á las enseñanzas de la Iglesia y son expresivas de obediencia á las leyes del Estado, á las buenas autoridades, familia, superiores, etc., cosas fáciles de comprender mediante una regular observación.

9.° Hay clases de alienación que no se señalan como las referidas por él desórden imaginativo, tales son: las discursales é imaginales, patentízanse por la falta para discurrir de algo que normaliza esta función, no echado de menos por el paciente porque el defecto recae sobre la misma reflexión; así como un cojo al momento es conocido de todos, así un imbécil es notado por sus necedades y despropósitos tan visibles á los demás como los movimientos defectuosos de aquél.

10. El diagnóstico diferencial entre las demencias esenciales y secundarias, se funda en que en éstas las causas son más aparentes, hay afección concomitante distinta de la vesania ó causante de la misma y sus síndromes son mezclas de los de la esencial, ya en el momento de la observación, ya variando con el tiempo de unos á otros cuadros.

11. La distinción entre las formas de locura dentro de cada género no hemos de repetirla; se halla bastante aclarada en cada uno de los capítulos que á ellas hemos dedicado; todo cuanto añadiéramos sería redundancia.

No obstante, hay algunos actos al parecer criminales ó cometidos en pleno uso de razón porque en el tiempo inmediato anterior y aun posterior á su efectividad estaban sus ejecutores bien de salud mental: me refiero á la epilepsia que á veces se ofrece de este modo y para ver si se trata de algún ataque larvado de la misma, se atenderá á los antecedentes, á la periodicidad de tales desórdenes, á sus cambiantes convulsivos, á las huellas mentales próximas y remotas consecutivas del mal, á la causa psíquica que engendró la volición.

12. Sólo falta que aun á trueque de repeticiones encarezca; el empleo del tiempo suficiente para observar al presunto loco; la formación de su historia comenzando por los antecedentes de familia; la descripción de su biografía hasta la fecha presente y la noción más precisa posible de imaginaciones, sentimientos y actos sospechosos para ver si puede aplicárseles la fórmula característica de locura: *Existencia de amor propio que inconscientemente resulta de odio propio* y en cuya virtud el demente pierde tal vez su crédito profesional, sus relaciones, su fortuna, su salud, libertad, etc. No olvidando además, el estudio comparativo por fotografías de la expresión del observado con los casos análogos.

La falta de inteligencia para conocerse á sí mismo el enfermo se nota por la ceguedad mental ante sus perjuicios, por la expresión física emotiva involuntaria de su semblante y ademanes y, en fin, por lo bien relacionados que están sus actos para demostrar con toda firmeza y convicción que tiene por verdadero su estado ilusorio.

CAPÍTULO II

PRONÓSTICO.—MARCHA.—DURACIÓN Y TERMINACIÓN DE LA DEMENCIA

¿Esta enfermedad puede curar? De no ser negativa la respuesta, ¿cuál es el criterio sobre su curabilidad? ¿Cómo evoluciona y cuánto dura?

La demencia es ó no curable según sea su naturaleza y grado de

intensidad. Yo he conocido varias personas que han sufrido enagenación por espacio tal vez de dieciocho meses y han curado, desempeñando algunas cargos tan importantes como los inherentes al sacerdocio.

En la Isla de Cuba se calculaba por el año 1879 que salían curados dos asilados por cada 365 al mes.

Las vesanias menos congénitas, las de la segunda clase, ó sea las secundarias, son las de mejor pronóstico, porque frecuentemente puede sustraerse la causa provocatriz, porque cambia más de lugar el mal, porque la ciencia, en fin, posee eficaces medios de combatirla, como sucede, por ejemplo, en algunas mentopatías orgánicas, en la uremia, etc. Las menos lisonjeras, en cuanto á su finalidad, de esta misma especie, son la epiléptica y la congestiva ó paralítica, que aún va malamente con más rapidez que la primera.

Las locuras esenciales son de pronóstico más desengañado, especialmente las discursales é idiotismo; bien es verdad que el tratamiento puede moderar algo las exageraciones, pero la curación completa no debe esperarse. El delirio indeterminado y aun el de abstración curan frecuentemente, mas también es cierto que se vuelven á presentar con periodicidad desesperante.

En cuanto á los delirios determinados, ofrecen mejorías notables, casi curaciones, pero no hay que fiar mucho en éstas, á la menor excitación aparece el trastorno mental. Cuando se hacen duraderas, van rebajando los síntomas, pero nada más.

En otro lugar he dicho ya lo que debe entenderse por períodos lúcidos: ateniéndome, pues, á lo preceptuado, creo que mientras el individuo no reconozca plenamente su pasada locura no habrá lucidez. Yo no recuerdo haberla observado á no ser en el delirio indeterminado y en demencias secundarias.

Otra cosa son las remisiones y latencias del extravío que se ven muy á menudo. Las últimas suceden siempre que en las frenalgias intelectuales incompletas el enfermo no piensa en aquél, comportándose como una persona casi de sano juicio; hasta puede intervenir en los asuntos y vida de familia, pero de ordinario se nota alguna rareza en la conducta ó algún defecto mental, á pesar de hallarse latente el desvarío; eso indica la existencia del fuego aunque sea envuelto en cenizas.

La enfermedad no tiene constantemente el mismo grado, así como en las otras se admiten períodos de incremento, de estado y declinación, aumentando el mal en el primero, quedando á un mismo nivel nervioso en el segundo y rebajando algo en el tercero, si no han de curar.

Pero estas graduaciones no se hacen en tan poco tiempo cual en los afectos ordinarios; lo que en estos se cuenta por días ó septenarios, en la demencia por meses ó años; en este último caso más bien que evolución del padecimiento, debe admitirse curso total de la naturaleza del hombre.

Respecto de terminar en la cronicidad, que algunos han denominado demencia, no considero sea cuestión esta de grande importancia; todo consistiría en más ó menos exaltación expositiva, pero el delirio y extravagancias seguirán igual, á no ser que ocurran desórdenes orgánicos del cerebro constituyentes de una locura secundaria.

Además, casi repugna admitir aquí la cronicidad sabiendo que lo ordinario en esta enfermedad es su prolongada ó inacabable existencia; frecuentemente, si más vida hubiese, más duraría; el hombre se va acabando y volviendo crónico, frase que, si no vale para aplicarse á la vida humana, tampoco servirá para las mentopatías.

Cuando ha de venir la curación, van desapareciendo los síntomas del mal poco á poco, empleándose un tiempo relativamente corto en este trabajo, y no dejan de notarse oscilaciones entre locura y cordura hasta que prevaleciendo ésta, la salud mental es un hecho.

El curado reconoce entonces su anterior divagación, parece otro porque se ha cambiado la expresión de su semblante, que si antes estaba contraído y argüellado por el sentimiento, ahora se ve sereno, expansivo y denotando buena relación con lo actual; en fin, viste, habla y obra y piensa como una persona de buena salud psíquica.

Es frecuente en los manicomios la muerte repentina por congestiones ó hemorragias encefálicas; la diarrea atónica y otras perturbaciones del tubo digestivo, las paralisis parciales ó generales, las afecciones orgánicas de los centros nerviosos, las concomitantes de locura secundaria, los traumatismos y en los países cálidos la disentería aguda y crónica, etc.

Los dementes vienen á morir por alguna de estas enfermedades ú otras intercurrentes; algunas veces he observado que las manifestaciones delirantes desaparecen á lo último de la vida, pero el abatimiento por el afecto incidental mortífero, casi no permitía á los pacientes darse gran cuenta del cambio. Sin embargo, lo he apreciado en algunos pocos casos: manifestaban aquellos gran sumisión, dulzura de carácter y humildad como si se reconociesen vituperables ó con su afabilidad pidiesen indulgencia por sus pasadas excentricidades.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

I

Sus principales bases.

Es de común acuerdo médico y del público en general, la reclusión de los dementes en un hospital apropiado, que conocemos con el nombre de Manicomio.

Esta medida evita el abuso que otras personas puedan hacer de los impotentes y conjura los peligros á que están expuestos, andando sueltos y ciegos de la mente.

Además, ya que las concausas de la locura son á veces bastante ignoradas, cambiando por completo las relaciones del paciente, se hace lo posible para quitar con lo cesante algo de lo que haya podido concurrir al nacimiento y persistencia de aquella. Por otra parte, la familia, quizá, no tenga ascendiente, ni autoridad, ni serenidad moral para oponerse á las extravagancias, ni menos cuente con recursos suficientes á resarcir perjuicios que por tal afección vienen; y estas dificultades y contratiempos se allanan del modo más eficaz posible con la estancia del enagenado en el manicomio.

Aquí, además, se tienen medios especiales y aparatos de diagnóstico y tratamiento inasequible, en lo individual; la abundancia de enfermos reporta mayor cantidad de conocimientos útiles, y así se consolida un personal facultativo de inmejorables condiciones.

Imponiéndose, pues, la necesidad de un hospital propio para dementes; su construcción y régimen han de conformarse con el proceder terapéutico que en él impere.

Vamos, pues, á manifestar cual pienso que debe ser éste; su noción nos inspirará respecto de lo que haya de abarcar el presente capítulo; para exponerlo con método y claridad conviene fijarnos en la naturaleza del mal que, de un modo positivo nos da á conocer lo siguiente:

En virtud de lo estudiado en el presente trabajo, pueden hacerse para la terapéutica tres agrupaciones anatomo fisiológicas de la locura, á saber:

1.ª Por defecto orgánico mental durante toda la vida.

2.ª Por desórden orgánico imaginal desde una edad cualquiera hasta el fin de la vida lo más común.

3.ª Por enfermedad intercurrente durando el extravío mental un tiempo variable é indeterminado.

II

Tratamiento fundamental de los dementes de la 1.ª agrupación.

Ya sabemos que estos enfermos tienen incompletamente desarrollados los órganos del discurso y de la imaginación; compréndese fácilmente como curarian; pero, ¿son susceptibles de mayor desarrollo las referidas partes de los idiotas é imbéciles?

Yo creo que no, puesto que su existencia anómala está tan íntimamente ligada á la energía vital de la persona, que pueden achacarse esos defectos orgánicos á la escasez de vida para su acabada construcción.

Podrán completar su desarrollo cuando haya acción fundamental asimilatriz de los elementos que para su trabajo le son propinados, pero si no existe esa causa primordial, nada puede esperarse de los concursos elementales; por más que tiremos de las narices á un chato, no conseguiremos mejorarlas; al contrario, quizás con el remedio aumentemos el mal.

No esperemos, pues, comunicar vida ajena á una parte del cuerpo humano que es defectuosa; el círculo, ó grados ó actividad de la suya propia, no se extienden á más. Lo que hemos de hacer es rodear á estos enfermos de circunstancias adecuadas al deslizamiento de su existencia del mejor modo posible y productoras de incremento mental, aunque esto teóricamente no haya de sobrevenir, pero á veces no todo es idiotismo é imbecilidad, si que también va mezclado de ignorancia y mala voluntad.

A tal objeto, procuraremos:

1.° Que no se abuse de la incapacidad de aquéllos.

2.° Ni sean objeto de burlas y desprecios.

3.° Que estén atendidos caritativamente en cuanto á su alimentación, vestido y aseo.

4.° Que si pueden trabajar, lo hagan en proporción á sus aptitudes y conocimientos, esperando el progreso como hijo del hábito, natural y espontáneamente.

5.° Que practiquen, en fin, la religión cristiana, pues si de alguna parte ha de esperarse aumento intelectual es de su intervención verdadera, que puede hacer milagros.

Los dos primeros puntos quedarán cumplimentados con la estancia manicomial reglamentada, según luego diré. No debiera consentirse la exhibición de esos seres desgraciados descritos en la demencia imaginal; el fin de quienes los llevan no puede ser otro que el de lucrar pu-

blicando sus miserias; y si no se cuenta con la voluntad de los protagonistas del triste cuadro, me parece que falta algo de justicia para el ejercicio de semejante industria.

Estos tales y sus análogos, deben vivir en el manicomio, pues así se llenarán las reglas que surgen del tercer punto, cuidando de su limpieza con los baños que allí habrá, procurándoles las ropas convenientes, estancias con muebles también adecuados, dándoles la alimentación como á niños pequeñitos si es preciso y vigilándoles constantemente, porque para todo esto hay personal de inmejorables condiciones.

Los dispuestos á trabajar lo harán según el oficio que tengan, á cuyo fin existirán talleres en el establecimiento; si no fuesen artesanos, se dedicarán á cosas que no exigen práctica alguna ni inteligencia especial, como labores del campo, servicios domésticos, limpieza, cocina, etcétera.

Cuando por haraganería y maldad no quisieran estar ocupados, se probará á darles menos de comer, á hacerles alguna reflexión, á privarles de los recreos de los trabajadores, ó de la libertad con el encierro y aun del movimiento echándoles en una cama (tarima sin ropas) convenientemente sujetos y menos alimentados. Todo, por supuesto, con el único fin de dominar lo vencible, nunca por hacer daño.

Y si alguno se exagera en su carácter, apareciendo como los dementes con delirio fijo, se le tratará según lo dispuesto más adelante con relación á éstos.

Ya he apuntado lo referente á prácticas religiosas; creo que varios imbéciles leves deben observarlas todas y muchos, las más de ellas, la buena voluntad y pobreza de espíritu, se irán sosteniendo con las mismas.

Además, como pueden discurrir algo, no dejan de tener responsabilidad de sus actos, mas no hay que preocuparse por el modo de extinguir sus condenas, pues al fin y al cabo recluídos están probablemente para más tiempo del que correspondería, al más grave delito ó crimen por ellos cometido. No obstante, debe castigarse en el manicomio en el modo indicado toda falta de consideración, y sobre todo que haya vigilancia para prevenirlas y garantías eficaces contra las evasiones.

En resumen; para estos alienados la vida y reglamentación manicomial han de ser la norma de su conducta; sujetándoles á ellas se moderarán las manifestaciones disparatadas y se adquirirán algunos conocimientos que sostendrán á la débil inteligencia, como los buenos alimentos, bien dados, van fortificando la funcionalidad de las vísceras poco íntegras.

III

Tratamiento fundamental de los dementes de la segunda agrupación.

Dos son los fundamentos en que se basa la terapéutica de esta locura, á saber:

Que no pase nada de lo malamente imaginado al discurso.

Que vaya lo formado en la misma circunvolución á la inteligencia.

Para conseguir lo primero, nos propondremos atrofiar los vehículos ó conductores del fluído mental, tendidos desde la imaginación al discurso.

Y para lo segundo se necesita, después de alcanzado lo anterior, hacer permeables las circunvoluciones á la progresión normal de los conceptos imaginarios.

Fijándonos, pues, en lo precedente, intentaremos la inercia de tales conductores, ó que no funcionen, evitando la correspondiente carga imaginal y llevando sus energías á otras circunvoluciones ó partes sanas.

Para esto convendrá:

1.° Ocupar la mente del enagenado en lo que tanteando veamos que es mejor para distraerle del delirio.

2.° A este fin se probará con algún juego sencillo v. gr. de damas, ó bolos, ó billar; la pintura podrá llamar la atención, como alguna labor mecánica, copiar algún escrito y cosas análogas.

3.° Si no es el médico, nadie podrá hablar de su delirio al paciente, del mismo modo que quien descubre y cura las llagas de un herido es el cirujano.

4.° Esta advertencia deberá hacerse entender á los visitantes por medio de algún rótulo para que se vea y tome cual medida general.

En cuanto al segundo fundamento se ha de procurar que pase lo formado á la inteligencia; más para ello, ha de forzarse el tránsito reflexionando sobre lo insustancial y extrafalario de las imaginaciones y procurando así, un día trás otro, ir quitando ilusiones morbosas.

Pero ¿cómo el loco ha de ver que son sus pensamientos disparates si mentalmente está ciego? Pues reflexionando otros por él y llevando este trabajo al sitio más á propósito de su cerebro y en el modo más conveniente, á fin de que pueda asimilárselo; cuyo sitio, indudablemente verá aquel donde falta lo neutralizante de exageración.

Y siguiendo el hermoso camino que nos brinda nuestro sistema, al dividir los delirios en positivos, negativos y oscilantes, diré: que habiendo en los primeros desequilibrio por falta de lo negativo, procu-

raremos imbuir pensamientos de esto género hasta que en la circunvolución respectiva haya potenciales iguales de ambos signos; como en los segundos el defecto es positivo, positivizaremos con ésta clase de carga hasta llegar al contrapeso deseado; y en los oscilantes, oscilaremos también para implantar ideas respectivamente opuestas.

Cuales serán, pues, las conducentes á neutralizar la circunvolución exagerada por tal ó cual signo? En cada variedad de delirio, habrán de emplearse las apropiadas y siendo tan numerosas las individuales divagaciones, no es posible detallarlas; en términos generales apuntaremos, pues, lo siguiente que servirá de pauta para obrar el facultativo en los casos particulares.

Si se trata v. gr. de delirio positivo de grandezas, habrá de ensalzarse la humildad. Haremos por imbuir desconfianza en nosotros mismos, como en la flaqueza de los demás. Y la mutabilidad de las cosas humanas, la inconstancia de la suerte y de la salud, nuestro fin que da al traste con todos los planes humanos, los sinsabores que siempre se juntan á lo próspero, la mentira de la facilidad mundana que sólo es sombra fugitiva proyectada por nuestra propia esperanza suministrarán inspiración para discurrir en persecución del objeto deseado.

Si tenemos á la vista el mismo delirio, pero negativo, procederemos de un modo inverso; es á saber: alabando el orden y amor social, la confianza que debe reinar entre los hombres, sin la cual, la vida es imposible; el *post nubilla Fœbus* del poeta latino, en los acontecimientos contingentes; la esperanza en Dios que es padre de todos; lo pésimo de entregarnos á cavilaciones que en vez de remediar agrandan el mal...

Para tratar un delirio positivo de religión, negativizaremos discurriendo como anteriormente digo de toda grandeza en general y particularmente dando á comprender las malas consecuencias del orgullo en religión, que perdió á Luzbel; que arrebató la felicidad á nuestros primeros padres pretendientes de saber como Dios, comiendo del fruto prohibido; que disolvió la unidad del lenguaje en la torre de Babel; que quita la dicha de la vida sencilla alegre y sin cuidados, etc.

En este mismo delirio negativo inspiraremos ideas de confianza basadas en las promesas de Dios; en la inmensa dicha de poder volver á nacer y ser otros, espiritualmente hablando, con sólo querer, según la Iglesia; en que todos los hombres somos, sino iguales muy parecidos, por lo cual no debemos rebajarnos exageradamente...

Respecto del delirio primitivo de amor á la vida, otra vez repito,

la inculcación de humildad, desconfianza en nuestra mísera carne, vanidad y tristes resultados de la concupiscencia...

En el negativo de la misma clase, despertaremos confianza en nuestra fuerza vital, valor é imperio al desechar susceptibilidades y entereza para ir viviendo sin pensar sobre los padecimientos que puedan afectar al cuerpo, pues son á menudo derivaciones de los del alma; no cavilar, en fin, sobre el mal para analizarle, porque lo contrario viene á ser como quien rasca alguna dermatosis, etc.

Me parece suficiente lo dicho, á fin de señalar el camino que conduce á la terapéutica mental de los dementes en cuestión. Ahora, veamos el modo de hacer entrar lo referido en las correspondientes circunvoluciones:

1.° Las anteriores proposiciones se usarán después de bien observada la perturbación psíquica del enfermo.

2.° Se harán sin excitar la contra del mismo, como si se dijese á otro lo que queremos hacerle saber.

3.° Estarán escritas en forma de diálogos, con algo de atractivo y en libritos impresos.

4.° Versarán sobre la clase de locura del enagenado, llenando los claros del tema con lo particular del caso en tratamiento.

5.° Los leerá el médico, mudando la voz en las contestaciones como si fuera otra persona.

6.° Serán bien oidos por el demente, que no verá al recitante y él estará en un cuarto contiguo como por casualidad, cuyo aposento tendrá tabique ó puerta de paño á modo de mampara.

7.° Estas escenas se repetirán las veces que se juzgue necesario, si bien modificadas con arreglo á lo observado.

8.° Porque al enagenado se le examinará después de cada una de aquellas sin preguntarle directamente nada sobre su delirio hasta que vayamos indagando en alguna de sus palabras ó actos, el efecto producido, no dejándole ver nuestra intención.

9.° Aparentaremos, que la persona distinta del médico en el diálogo, se va por otra puerta existente en el cuarto de examen.

10. Los resultados terapéuticos se anotarán para saber á que atenernos en casos semejantes.

11. Si hay muchos enfermos de una clase de delirio fijo, podrán hacerse representaciones teatrales sencillas y dispuestas de manera que sus máximas y sucesos sean para equilibrar lo defectuoso con arreglo á lo anteriormente dicho.

12. Para consolidar los buenos resultados, leerán los vesánicos ó les serán leídas algunas obras religiosas y morales recreativas,

v. g., «La Biblia», «El Año Cristiano», «Kempis», «Telémaco», «Quijote», novelas del P. Coloma, de Muñoz y Pavón y otros.

13. Y en fin, cuando ya estén casi en convalecencia, podrán leer alguna revista ó periódico, escribir en las oficinas y salir con toda libertad por el manicomio.

Todo esto que ha de ponerse en práctica, exige algunas explicaciones más que vamos á dar luego, ó sea al hablar del reglamento terapéutico.

Ya pienso que cuando el ánimo está muy preocupado, parece que nada más cabe en el; pero á todo demente por causa moral y que sea posible excitarle con palabras y frases, también podrá templársele y aun curarle quizás con igual proceder.

—

Los pacientes de delirio indeterminado, tienen enfermo el fluído sentimental, que por sus cualidades irritantes exalta la imaginación. Procede pues disminuir la potencia de aquel y también hacer poco susceptibles á las circunvoluciones para que reporten menos elementos constitutivos fluidales. A este fin, estarán los delirantes aislados en celdas apropiadas, sin luz, sin ruido, sin objeto y sin personas que les hablen más de lo necesario. Amortiguaremos la impresionabilidad nerviosa por medio de alguna disolución de bromuro potásico ó sódico, teniendo en cuenta que esta sea el agua de su beber; así que: en uno ó dos litros de la misma se disolverán 3 ó 4 gramos de aquellas sales para las veinticuatro horas.

Lo mismo se hará con los alimentos, esto es, condimentarlos con algún bromuro, pero en dósis tan mínima relativamente al vehículo, que su sabor sea inapreciable.

Los baños diarios de agua tibia, echándola fría en la cabeza, tanto más prolongados cuanto más frenesí haya, concurrirán á lo mismo.

La exaltación puede á veces ser tan fuerte, que requiera tener sujeto en cama al que la sufre, cosa que conseguiremos con muebles y enseres contentivos apropiados, y si no bastara nada de lo dicho, propinariamos inhalaciones de cloroformo ó éter de seis en seis horas. También puede mezclarse para sustituirlas, el aire de la estancia con los mismos anestésicos.

Y si la calma va permitiendo atender á nuestras exortaciones, no dejaremos de hacerlas en todas las visitas, teniendo cuidado de llevar bien estudiada nuestra conducta y argumentación, viendo además si es posible la aplicación de algo de lo manifestado para la especie precedente.

—

Los que sufren demencia intelectual completa ó con delirio de abstracción, tienen una parte de sus circunvoluciones como absorta ó adormecida para todo lo que no prevenga de las enfermas. El desideratum del médico alienista debe ser, en mi concepto, desviar semejante fijeza de atención á lo morboso, con medios ó fuerzas tan opuestas á ello, que equilibrándose las atracciones, se disuelve la locura.

Mientras los indeterminados, toda sensación la toman por objeto de su desvario, y su locuacidad y movimientos son extremados, los abstraídos no atienden á nada de lo actual; muchos de ellos ni hablan ni se mueven por iniciativa propia, según se ha estudiado; siendo pues inversos en sus síntomas estos dos tipos morbosos, también habrán de serlo en cuanto al tratamiento.

Convendrá, pues, á los extasiados, el movimiento por algún paseo, procurando que sea de casi todo el día y si no andan dejarles sentados en algún puesto distraído del campo.

Recibirán duchas frías, si se considera conveniente, antes de comer.

La alimentación será acondicionada, para oponerse á las tendencias morbosas de su vida orgánica,

Hay que estudiar atentamente las funciones nutritivas, pues podría ser que su destemplanza impidiera el comienzo de la mejoría, y siempre existe el deber de examinar su estado.

Con la debida observación se administrará durante el día alguna taza de café caliente bien preparado, ó algunos miligramos de estricnina.

Es asimismo de probarse el efecto de la belladona; un centigramo de extracto en una sola toma diaria, para empezar, cambiando la dosis según los efectos.

Y aun alguna poción almizclada ó alcohólica podrá intentarse si se juzga oportuno.

A esto deberá unirse el tratamiento psíquico para quitar el estupor con exortaciones apropiadas, repetidas y dispuestas de conformidad á lo preceptuado; con la audición de algún trozo de música (aires populares: jota, gallegada, ete.) y con ocupar al paciente en algo que casi no exija atención, como, v. gr., hacerle sostener algún objeto, decirle que traiga ó lleve algún papel y cosas por el estilo.

Respecto de los otros grados de esta misma especie de mentopatía, intentaráse algo de lo expuesto para el primero, y si no da resultado habremos de confiar el tratamiento solamente á la reglamentación terapéutica manicomial.

En cuanto á la demencia animal, como es una división que aunque

afecta y muy de lleno á las facultades psíquicas, se estudia de varios modos y en todas sus fases por las patologías agenas á la locura, me creo dispensado de dar explicaciones sobre su tratamiento, pues en dichas obras se detalla con toda la perfección posible.

IV

Tratamiento fundamental de dementes de la tercera agrupación.

Ya que en estos enajenados la vesania tiene por causa algún otro afecto apreciable del organismo, claro está que contra él deberá dirigirse, por lo menos, una mitad de nuestras fuerzas y la otra contra el desórden psíquico.

De lo primero, ya he dicho lo procedente al exponer cada clase de locura en la tercera parte; en cuanto á lo segundo, advertiremos que deben cuidarse aquellos como si padecieran locuras esenciales; han de someterse, pues, los dementes de esto agrupación á doble acción terapéutica, cuyo total se compone de las partes expuestas en los sitios correspondientes.

Concluiré este capítulo diciendo respecto del tratamiento por las colonias agrícolas ó del más actual de llevar á los locos por temporadas á sus casas, que, como fundamentales, no corresponden á la unidad teórica de mi sistema, y sólo los conceptúo como un medio más para estimular la buena afectividad.

CAPITULO IV

REGLAMENTO TERAPEUTICO DE LOS DEMENTES

I

Definición y división.

Designo con este nombre, el conjunto de reglas, bajo cuya influencia han de estar los asilados y que aun refiriéndose muchas á lo ordinario de la vida, encierran acción favorable para el tratamiento conveniente de su afección.

Estas se comprenden en los siguientes fundamentos:

1.° Asistencia facultativa.

2.° Lugares que han de habitar aquellos, según el sexo, clase de vesania, estado tranquilo ó de exaltación, etc.

3.° Comidas y bebidas.
4.° Vestidos, baños y aseo.
5.° Ocupación mecánica, paseos, gimnasia.
6.° Actos de visita, exortación, diálogos, lecturas y recreos.
7.° Sueño.

II

Asistencia facultativa.

1.ª El médico llevará una hoja clínica para cada enfermo en la que constará la clase de locura que padezca, observaciones y resultado del tratamiento.

2.ª También conviene hacer repetidos retratos de sus personas en la forma que mejor se vea su expresión anatómica y que se fijarán en la misma hoja.

3.ª Periódicamente se arreglarán listas y cuadros, ó estados de las circunstancias concurrentes en los locos, v. g.: edades, sexos, profesiones; causas, expresiones sentimentales, clases, órdenes y demás divisiones de locura en relación con los otros datos, etc,

4.ª El número de asistidos por cada médico no deberá ser mayor de 185.

5.ª Si alguno de los profesores puede, convendrá que tenga su vivienda en el establecimiento, pues el trabajo de gabinete y otros propios de la especialidad, además de la guardia facultativa, así lo exigen.

6. La buena marcha del servicio sanitario pide que todo manicomio tenga, por lo menos, el número de asilados correspondiente á dos de aquellos señores, quienes podrán así turnar por semanas, ó de otro modo, en el servicio general.

7.ª Para el trato social con los pacientes, ha de tenerse gran serenidad, oyendo con aparente indiferencia sus extravagancias y sobre todo ver de captarse sus simpatías. Para esto conviene mucha prudencia y cierto caracter de bondad atractiva y sabiduría en el jefe clínico, cosas ó circunstancias, hijas tanto de la edad, como de la práctica profesional.

8.ª En otro lugar queda apuntado lo referente á conversaciones de los cuidadores, visitantes y otros enagenados con el que se considere.

9.ª Si no se saben eludir las preguntas y conceptos que este emita sobre su delirio, ha de oírsele con indiferente serenidad y marcharse cuanto antes de su presencia.

10. Si se constituye en exaltación de mucho grado, habrá de aislár-

sele en una celda sólo, sin mueble alguno; si es preciso, bien sujeto para que no golpee puertas y tabiques.

11. A la contención se procederá según la sagacidad y práctica de los cuidadores, pero siempre que sobre mucha fuerza por parte de estos, usándose además camisas de fuerza, correas, manilleras, manoplas, tobilleras, guarda-golpes, escudos y otros aparatos de uso común en los manicomios, siempre que las circunstancias claramente los requieran.

12. Jamás se golpeará á los enfermos, quienes ni pueden ofender ni ser responsables de sus actos, sino muy incompletamente á lo sumo. Además, cualquier desaguisado acaecido á los vigilantes casi les será merecido por no saberlo evitar.

13. Para esto, y para todo lo que no viene á propósito en este sitio deberán existir cartillas instructivas, de las cuales tendrá cada empleado un ejemplar.

III

De los lugares habitados por los dementes.

1.ª Desde el momento de su ingreso y filiación administrativas, los hombres irán á su departamento y las mujeres al de su sexo en el mismo establecimiento.

2.ª Mientras se juzgue conveniente, estarán observados en local apropiado, que podrá ser una celda sin otros muebles que los permitidos por el estado del enfermo y según los antecedentes.

3.ª Conocida la clase de mentopatia, tal vez notemos demasiado aparente la agresión, ó la exaltación locuaz ó la suciedad é impotencia, ó en fin, la tranquilidad.

4.ª Si domina lo primero, el novicio será trasladado al celdario (local de celdas), haciendo uso para sujetarlo, caso de ser necesario, de fuertes chorros acuosos dirigidos á su cara con buena puntería.

5.ª Los de delirio indeterminado muy aparatoso también, deberán estar cerrados en sus celdas correspondientes, aisladas y lo más silenciosas que posible sea.

6.ª Al celdario serán llevados igualmente los que observen conducta de insubordinación.

7.ª Los súcios, tranquilos é impotentes habitarán en patios rodeados de cobertizo á modo de porche interior, y al que darán las puertas del dormitorio, de la sala de permanencia para los màs inútiles, de otra de abrigo, del refectorio, del cuarto del cuidador, del de enseres, escusados, etc.

8.ª Algunos de estos imposibilitados estarán mejor en la enfermería.

9.ª Los tranquilos permanecerán también en patios, con su cobertizo ó galería, semejante al de los súcios, pero más grande.

10. Todos los que, á juicio del médico, puedan y deban salir de paseo, saldrán en las horas que aquél prescriba, bien sueltos, bien con alguna ligadura, camisa de fuerza floja, ó cosa por el estilo.

11. Y si con la locura se presenta además alguna afección intercurrente, ó es de tal clase aquélla que exige cuidados muy particulares, irá el individuo á la enfermería.

IV

Alimentación.

1.ª Esta se dispondrá con arreglo á plan facultativo, que constará en el Reglamento administrativo.

2.ª Para los solamente enajenados se dará desayuno á las siete, comida á las once y cena á las dieciocho.

3.º Los muy exaltados, de cerebro congestionado, agresivos, perezosos y recién entrados, comerán de aceite, ó sea hortalizas, legumbres, huevos y pescado; no les cenviene la carne. De igual *menú* harán uso los que el profesor indique.

4.ª Los tranquilos convalecientes y trabajadores, ya comerán olla compuesta con carne, tocino, etc.

5.ª Los de locura secundaria y de enfermedad intercurrente se atendrán á prescripción especial facultativa.

6.ª El desayuno, en general, no conviene que sea de café; lo mejor sopa ó leche, ó chocolate.

7.ª De vez en cuando podrá hacerse algún extraordinario, y siempre, á cualquier demente que lo necesite á juicio del señor médico, pero como prescripción terapéutica en este caso.

8.ª Solo beberán vino los trabajadores y tranquilos á quienes convenga.

9.ª Las comidas se servirán en el refectorio con toda formalidad y mayor reunión posible; á los que no puedan concurrir se les dará en sus celdas, y á los impotentes hasta habrá que ponerles el alimento en la boca.

10. Los que se nieguen á comer tragarán á la fuerza, sujetándoles bien la cabeza, abriéndoles la boca con aparatos al efecto (cuchara de Carrón), y poniéndoles sondas por las que entren los líquidos, esto

es, dándoles lavativas alimenticias por la boca, y aun por el recto si es preciso.

11. Los exaltados usarán platos fijos á un zócalo de madera, para que se vean obligados á comer desde el interior de la celda, sin que pueda pasar aquél por la reja.

12. Los utensilios de mesa serán apropiados á la clase de personas que los manejen, modificables, según dicte la experiencia.

13. Los actos de comer y todos los de colectividad reglamentaria se señalarán con toques de campana.

V

Vestuario y baños.

El vestido de los dementes corresponderá á las condiciones impuestas por la higiene, consistiendo en el que ordinariamente usa la gente del país, aunqne sustituídas las prendas regionales por las más generales y cómodas.

2.ª En el celdario habrá un cuarto con dos pilas de baños, que puedan llenarse de agua fría ó caliente; un tubo con varios apéndices sustituíbles, para duchas, al que se le enchufará una manga también con su tubo terminal de latón que hará llegar el agua á las celdas cuando convenga.

3.ª Por el mismo estilo se tendrán baños, duchas y tubos ó mangas de conducción en algún otro local de permanencia colectiva ó en cada sección.

4.ª Con esto se practicará el aseo, se cumplirán las prescripciones hidroterápicas y se sujetará á los insubordinados, echándoles agua á la cara, para impedirles la acción ofensiva.

VI

Ocupaciones mecánicas

1.ª Los dementes que los tengan se ocuparán en sus oficios respectivos.

2.ª Serán éstos objeto de atención especial, para suspender el trabajo al momento que se vea el menor cambio.

3.ª Los agricultores irán al campo y huerta donde ayudarán á los cuerdos obligados á estas faenas; según su comportamiento obtendrán alguna pequeña recompensa, si vemos que por ello se estimulan al trabajo; así tendrán, en caso de curar, algún remanente al darles de alta.

4.ª Los de otros oficios, si es que hacen alguna cosa útil á los empleados, darán estos algo al señor Director para que á su vez se les asigne como á los anteriores.

5.ª Serán llevados á paseo, haciendo vida semi-campestre los abstraídos, melancólicos con estupor y otros que el médico designe.

6.ª Estos paseos serán por el interior de la finca, y de ocurrir algún intento de evasión ó suceso análogo, los cuidadores acompañantes, tocarán algún silvato de auxilio.

7.ª Todos los empleados que lo oyeren, deberán acudir, si pueden, á tal llamamiento.

8.ª También será conveniente algún ejercicio gimnástico regulado según la ciencia.

9.ª Se practicarán dos revistas diarias, especialmente á los que entran y salen, registrando con minuciosidad sus vestidos.

VII

Ocupaciones mentales

1.ª Asistirán á misa diariamente los enfermos que puedan, así como al rosario por la tarde.

2.ª Las horas para estos actos se acordarán por el señor Capellán y Director.

3.ª Aquellos serán tratados individualmente y en colectividad; del primer modo, con las reflexiones y diálogos antes citados y del segundo con las lecturas, teatro, juego, paseo, modo reglamentario de vivir, etc.

4.ª Las lecturas se darán á modo de clase, en un local apropiado, leyendo despacio, muy lentamente como si se hablara ó predicara, y aun comentando lo leido.

5.ª Las representaciones líricas, tendrán lugar en algún teatrillo lijero, de sala; figurarán como actores, practicantes, cuidadores y aun dementes, en convalecencia que lo deseen, dirijidos, como se supone, por el correspondiente facultativo.

6.ª Durante la comida y cena á ser posible, también deberá leerse algún trozo de libro religioso ó de otro género moral.

7.ª Las comedias, de ningún modo excitarán las pasiones, al contrario, deberán estar escritas para reprimirlas.

8.ª Las horas de visitas, de diálogos, lecturas, teatros y ocupaciones, se dispondrán por el señor Director asesorado de los demás Profesores y Capellanes, todo para la mejor distribución del tiempo.

9.ª Debe ser el manicomio una especie de misión en la que, todos los empleados están obligados á predicar con el ejemplo; si la locura se contagia, según el decir: «Un loco hace ciento», también la cordura, que viene á ser la virtud, tiene por lo menos tan poderosos atractivos.

10. Anteriormente quedan expuestas algunas reglas de conducta para relacionarse con los dementes; estas, las que se deducen del presente reglamento y las entresacadas del redactado para el gobierno, dirección y administración del asilo, que igualmente hagan referencia al tratamiento mental del asilado, se recopilarán en la cartilla antes citada y escrita para repetir á los empleados.

VIII

Del sueño.

1.ª En la cama permanecerán los dementes desde las nueve de la noche hasta las cinco de la mañana en todo tiempo.

2.ª Los dormitorios corresponderán á las reglas generales; comunicarán de algún modo con el cuarto del cuidador de guardia, siendo unos para pacíficos silenciosos, al paso que otros á los inquietos, habladores y demasiado vigilantes.

3.ª Las camas serán de hierro, con su jergón de paja ó cosa semejante, sin colchones, á no ser indicados por el jefe clínico; provistos de almohadas, sábanas y mantas que corresponda.

4.ª Convendrá que sus pies puedan por algún mecanismo variar de longitud, para que las destinadas á los congestivos sean más altas por la cabecera y al revés las de los anémicos cerebrales.

5.ª Algunas, además, se construirán según las necesidades de sujetar á los vesánicos y con arreglo á modelos de otros establecimientos de igual clase.

6.ª Y en atención á todo lo expuesto, habrá un cuadro de distribución del tiempo, arreglado por la junta facultativa del asilo, y que constará en las cartillas ya referidas.

CAPÍTULO V

ALGUNOS APUNTES SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DEL MANICOMIO

Conviene advertir que las reglas constitutivas de este capítulo no son ni remotamente las necesarias para la edificación de un buen Manicomio; se refieren únicamente á esclarecer ó complementar algunos

de los conceptos anteriormente emitidos sobre el tratamiento de la demencia.

Para nuestro objeto considero como bastantes las siguientes:

1.ª El Manicomio ha de ser un edificio ó varios, centro de su finca rústica.

2.ª Estará situado á unos cuatro kilómetros de la ciudad de su nombre ó de la capital, con las circunstancias que pide la higiene pública para el emplazamiento de esta clase de hospitales.

3.ª Se calculará su magnitud por el número de asilados, que conviene sea de unos 300.

4.ª Sol, ventilación, agua abundante, terreno fértil y buena comunicación con la metrópoli, son los principales fundamentos para su existencia.

5.ª Puede calcularse que la extensión de la finca ha de ser equivalente á la de un cuadrado de unos 600 metros de lado.

6.ª Vamos á estudiar principalmente la parte urbana y luego la rústica de aquél.

II

Parte urbana del Manicomio.

7.ª El Establecimiento se compondrá de dos casas ó departamentos, uno para hombres y otro para mujeres.

8.ª En la separación de éstos, que será lo menos de 30 metros, estarán las oficinas administrativas, almacenes, botica, cocina, panadería y pabellones para plana menor.

9.ª Y formando una especie de T con la parte anterior del edificio precedente, pero hallándose el travesaño no contiguo, sino separado de ella unos 28 metros, estará la capilla, pabellones de plana mayor, habitaciones para la gente del campo, cuadras, corrales y cuarto de aperos de labranza.

10. La adjunta figura explica muchos detalles peculiares de esta clase de edificios, habiendo que añadir lo que sigue para la mejor ilustración sobre el asunto.

11. En el departamento de mujeres, á los talleres de herrería, carpintería, etc., equivaldrán las salas de costura, lavaderos y guardarropías.

12. Sobre el piso del plano habrá otro, en el que con distribuciones semejantes á las de aquél, pero modificadas relativamente á su objeto, se albergarán las pensionistas y las personas ó comunidades religiosas encargadas de cuidar de los dementes.

13. Como indica la figura, compónese el Manicomio propiamente dicho de dos secciones para hombres y dos para mujeres.

14. Todas son semejantes en lo fundamental, á saber: Dos claustros contiguos, externo é interno. En el primero están los aposentos para actos reglamentarios y demás; tienen sus únicas puertas hacia el interno, excepto alguno, como los refectorios y talleres que ofrecen otra en opuesta pared. El segundo es una especie de cobertizo ó porche cerrados ó no sus arcos, según el tiempo, para expansión, permanencia y facilidad del servicio; limita un descubierto con su fuente en medio.

15. En la primera sección de cada departamento habitarán los curados en convalecencia, tranquilos y discursales de este género; los más cuerdos tendrán su salida de permanencia, en la que habrá algunas mesas, recado de escribir, periódicos, juegos sencillos, rompecabezas, etc., y aun se permitirá, á juicio del Sr. Director, tomar alguna taza de manzanilla, tila ú otra bebida inofensiva.

16. Los cuartos de los cuidadores de las secciones, comunicarán por medio de puertas provistas de rejilla con los dormitorios.

17. Las celdas ordinarias serán lo más pequeñas posible, por puertas tendrán rejas que taparán toda la abertura, sin dejar rincón alguno, tan anchas como anchas sean aquellas estancias, para que de ningún modo pueda ocullarse el enajenado.

18. Las de exaltados, se construirán aisladas de aposentos que den ruido, se entrará á ellas por puertas de reja, según indica la figura adjunta; en la pared opuesta á la entrada se abrirá una ventana alta con objeto de facilitar el servicio.

19. El número, en total, de ellas, no bajará de 70 para un asilo de 300 dementes.

20. Las camas que en las celdas se coloquen podrán consistir ó simplemente en paja, que se renovará todos los días ó en cualquier jergón con las ropas correspondientes.

21. Para el piso de estos locales y casi todos los de la planta baja debe preferirse la madera.

22. A los pensionistas se les procurará, cuantas comodidades y distinciones permita la enfermedad y pensiones que por ellos se satisfagan.

23. Sus habitaciones estarán en el segundo piso del Manicomio, con disposición semejante á las del primero, pero mayores, más ornamentadas, mejor amuebladas etc.; también si las circunstancias lo proponen, se construirá algún pabelloncito aislado para habitarle un solo

demente con su servicio particular ó individual, si él es muy distinguido.

24. En las galerías ó porches, habrá bancos bien dispuestos por si se ha de sujetar sentado á algún enajenado, que de momento no deba entrar en celda.

25. Las comunicaciones principales de los talleres y comedor de la sección de exaltados, estarán no por el lado de frente al celdario, sino por el opuesto.

26. En la puerta de entrada á cada sección, habrá un cuidador de vigilancia, otro dentro, y otro con el portero del Departamento que auxiliarán á los anteriores en caso necesario.

III

Parte rural.

Respecto de lo campestre del establecimiento frenopático notaremos lo siguiente:

27. Debe estar limitado con cercos metálicos bastante altos y de alambres algo espesos.

28. Tendrá agua para el riego de la misma, el abono seguramente, no escaseará dadas las circunstancias especiales del edificio.

29. Se cosecharán hortalizas, legumbres, cereales y demás que se pueda, sin faltar la leña para ayuda del consumo diario.

30. Existirán locales apropiados para la cría de animales domésticos (gallinas, cerdos, vacas, etc.), y para cuadras de los de labor.

31. También, si es dable, se fomentará algo la piscicultura.

32. Y en fin, habrá veredas y paseos arreglados con más ó menos arte, para hacerlos agradables con sus plantaciones frondosas y bien alineadas, árboles frutales, bancos, cenadores, fuentecillas y sitio adecuado, donde los días festivos se toque algún instrumento músico, gramófono ó cosa por el estilo.

SEANCE DU 25 AVRIL

ETIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE PSYCHIQUES

Rapport del Dr. SANCHEZ HERRERO (Madrid)

I

Paréceme innecesario decir que los agentes de la etiología psíquica son las emociones, como los agentes de la etiología infecciosa son los microbios, como los de la parasitaria son los parásitos, como los de las intoxicaciones son los venenos y como los de los traumatismos son las acciones físicas directas ó por contragolpe.

Solamente que de los microbios patógenos, de los parásitos patógenos, de los venenos y de los agentes traumáticos, tenemos un concepto definitivo; mientras que el concepto spenceriano de la emoción, considerándola como un estado de conciencia semejante al de la sensación del cual se diferencia más por su origen que por su mecanismo y proceso, es un concepto provisional todavía necesario. Porque si la ciencia actual afirma, y afirma bien, «que la vida normal y patológica está siempre subordinada á condiciones del orden puramente físico» (C. Bernard), de este condicionalismo no puede substraerse la emoción, ni la misma razón humana, fenómenos vitales al cabo, aunque tal condicionalismo nos sea en parte, y aunque nos fuera del todo, desconocido. El error de la ciencia actual, es creerse en posesión de las leyes fundamentales de la Física, trazando líneas de separación entre la Física y la Metafísica, cuando esta última no es ni puede ser otra cosa que la Física ignorada.

Y es por esta ignorancia por la que tenemos que calificar todavía la emoción de estado de conciencia, penoso o placentero, suscitado, no directamente por los agentes físicos, como la sensación, sino suscitado por la significación afectiva ó trascendente de sucesos ó acontecimientos relacionados con el sujeto consciente, en cuya significación intervienen sus creencias, supersticiones y hasta errores de juicio de los más groseros. En una palabra: tenemos que calificar la emoción fundados casi exclusivamente en un subjetivismo ajeno á los métodos de indagación y de comprobación científicas, y limitarnos en buena y legítima ciencia á averiguar los mecanismos de su génesis, su contenido anatómico-inicial, sus consecuencias anatomo-fisiológicas, y los me-

dios y procedimientos más eficaces de corregir estas últimas, bien suprimiendo su causa, bien atacándolas directamente, bien desplegando las dos acciones al mismo tiempo.

Mi objeto en la presente comunicación, es demostrar la extensión enorme que tienen en la clínica las acciones patógenas de las emociones, y la que dében tener las acciones terapéuticas antiemocionales de la sujestión, haciendo una relación sumaria de mis trabajos sobre las apuntadas cuestiones.

Pero antes de empezar estas demostraciones, me parece indispensable dejar bien establecida la categoría de la emoción como causa morbosa; es decir, discernir si las emociones patógenas son meros agentes causales ó son ya enfermedades primarias determinadas por los motivos emocionantes, en cuyo caso las enfermedades de origen emocional, vendrían á ser siempre enfermedades secundarias y aún terciarias. Por de pronto, así como en las infecciones y en los parasitismos, sin poderse afirmar la existencia de la inmunidad natural absoluta, es evidente la relativa en unos sujetos y la predisposición en otros, y como en las intoxicaciones y en los traumatismos, á pesar de la universalidad de sus acciones, han de reconocerse muchos grados de resistencia individual, en la etiología emocional, con ser inaceptable la completa impasibilidad ó el completo estoicismo, es de observación vulgar la parte que toma en la patogénia subsiguiente, una predisposición especial que, por serlo, tiene su nombre propio: la emotividad, la cual se adjetiva en los sujetos que la tienen muy acentuada y se les califica de emotivos.

Yo considero la emotividad, lo mismo que las otras predisposiciones, como verdadera enfermedad previa; pero como en resumidas cuentas, todos los individuos humanos somos más ó menos emocionables, la emotividad será un elemento concurrente á determinar la intensidad de acción patógena de la emoción, mas no será un elemento causal indispensable. De otra parte, ninguna causa morbosa lo es por sí, sino que todas, sin excepción, lo son por cuanto actúan y producen enfermedad; y esta ley etiológica comprende á las emociones como á todas las demás causas morbosas. Sobreviene el motivo emocionante ó sobreviene el microbio, y el sujeto que los recibe resiste ó no resiste á sus intentos de acción patógena: ¿resiste eficazmente? pues ni hay enfermedad ni hay causa morbosa que valga: ¿no resiste bastante? pues se generan la emoción patógena, ó la toxina patógena, ó la acción irritativa local, y se constituyen la enfermedad emocional, ó la infección general, ó el daño local con todas

sus consecuencias. En uno y otro caso, ni el motivo emocionante ni el microbio son causa de nada; las verdaderas causas son la emoción, la toxina, ó la acción irritativa. Claro que estas causas son á su vez efectos de los motivos emocionantes y de los microbios, en conflicto con el organismo; pero motivos emocionantes y microbios nos rodean y nos penetran de continuo y no nos producen siempre enfermedades, luego lo esencial etiológico es la emoción ó la toxina, no tampoco por sí, sino por cuanto actúan patogénicamente. Como que hay emociones y microbios curativos y preservativos de enfermedad que por ello han de reputarse elementos de salud. La emoción patógena, como la toxina microbiana no son enfermedades; son causas morbosas y las enfermedades que ocasionan, son en realidad enfermedades primarias, aunque su intensidad dependa del grado de predisposición del sujeto invadido, y aunque sean indicaciones terapéuticas la separación de motivos emocionantes, la microbicida, y la tóxica, que sin embargo no curarán con sus indicados, mientras las antiemocionales y las antitoxínicas no logren, con los suyos, abolir las acciones causales respectivas, porque los motivos de emoción y los microbios son prácticamente inagotables.

Abordande ya el asunto de la etiología emocional, se impone desde luego el reconocimiento de dos clases de emociones con efectos orgánicos total ó casi totalmente opuestos; clases que no coinciden, como pudiera suponerse, con las acciones agradables ó penosas sobre el sujeto. Algunas de las penosas, como la ira y la cólera, producen los efectos orgánicos de las agradables, y algunas de estas últimas exageradas, producen los efectos orgánicos de las penosas. Por consiguiente bajo el punto de vista patogenético, que es el que aquí nos interesa, las emociones se dividen en esténicas, tónicas, ó excitantes, y en asténicas, atónicas ó deprimentes. Las primeras son rara vez patógenas y pueden ser curativas; las segundas son siempre más ó menos patógenas y nunca terapéuticas. La alegría moderada, el amor correspondido, la ambición comedida, la ira y la cólera, son ejemplos de emociones esténicas, tónicas ó excitantes; la tristeza, el amor contrariado, la ambición desmedida, el temor, el miedo, el terror pánico, son ejemplos de emociones asténicas, atónicas ó deprimentes.

Ahora: son hechos demostrados y, con muy escasas diferencias, comprobados por mí en una larga serie de experimentos de sugestión, durante el hipnotismo y en el estado de vigilia, los siguientes:

Las emociones esténicas, aumentan la actividad circulatoria, disminuyen la resistencia eléctrica de los tejidos, precipitan y amplifican las movimientos respiratorios, aumentan la temperatura y la resisten-

cia al frio, hacen más rápida y perfecta la digestion, más abundantes y sanas ciertas secreciones, acortan el tiempo de reducción de la hemaglobina, y el de reacción nerviosa, aumentan la energía contractil de los músculos estriados y lisos, y pueden llegar á determinar la embriaguez emocional, mal llamada intoxicación psíquica, la manía transitoria, y la muerte repentina por agotamiento, aunque el hecho sea raro.

Las emociones deprimentes, por el contrario, disminuyen la actividad circulatoria, aumentan la resistencia eléctrica de los tejidos, retardan y hacen más superficiales los movimientos respiratorios, disminuyen ciertas secreciones ó las hacen patológicas y aumentan otras dándoles también caractéres anormales, alargan el tiempo de reducción de la hemoglobina, y el de reacción nerviosa, disminuyen la energía contractil de los músculos de la vida de relación y de la vida orgánica, y pueden llegar á determinar la melancolía aguda vesánica, la parálisis general progresiva, erupciones pustulosas en la piel, angiocolitis con ictericia, la obesidad de marcha rápida, el cáncer, (Reibel) la acromegalia, (Pel) y diversas gangrenas. (De la Bousse).

Y todo ello de una manera inmediata, fatal, con una relación de causa á efecto tan clara y tan indiscutible como la que existe entre la puñalada y la herida, sin más diferencias entre dichas pertubaciones que las procedentes del grado de trastorno subordinado á la intensidad de acción causal, y á la actividad del sujeto influído.

Se comprende que semejantes perturbaciones funcionales, producto de alguna lesión anatómica inicial, por desconocida que sea, no pueden persistir durante un tiempo cualquiera, sin implicar modificaciones profundas del proceso nutritivo normal, hasta convertirlo en patológico.

Y son hechos igualmente demostrados por la observación repetida durante siglos, que las emociones, principalmente las deprimentes y prolongadas, ocasionan en unos sujetos la vejez prematura; en otros la diabetes sacarina, ó la azotúrica; en otros la cloroanemia, ó el bocio exoftálmico; en algunos la púrpura hemorrágica ó diferentes dermatosis; en muchos la histeria, ó la epilepsia, ó la enfermedad de Parkinson, ó el corea, ó cualquiera otra enfermedad convulsiva; y en no pocos, diversas formas de enajenación mental.

Todo ello á pesar de no ser la etiología emocional la que más ha llamado la atención de los patólogos en estos tiempos, en que tan positivos adelantos han hecho otras etiologías, y de haber encontrado entre ellos algunos adversarios decididos y muchos desdeñosos ó indiferentes. Porque mi experiencia personal me ha enseñado que las emo-

ciones intervienen en la génesis de muchísimos más procesos, como causas principales ó como concausas que preparan el terreno orgánico; que agravan las enfermedades ó las prolongan. Varios excelentes observadores, entre los cuales merece mención especial el insigne Bernheim (de Nancy), declaran terminantemente que las emociones deprimentes tienen una acción de las más funestas en la marcha de la tuberculosis, así como las esténicas que representen ánimos y esperanzas, la tienen de las más favorables en el mismo proceso.

Recuerdo á este propósito un caso que observé en Valladolid y en persona bien conocida en aquella población, con un apellido que ha hecho ilustre en las armas y en las letras un su hermano, superviviente, por fortuna, para la causa de la civilización y del intelectualismo. Todos los concurrentes al casino vallisoletano de la Victoria, vimos durante más de dos años á aquel esqueleto, casi sin vida más que en los ojos brillantes, asistir casi todos los días á su tertulia, para hablar de su pleito. Porque era un pleito el motivo emocionante que lo sostenía.

Interesado yo entonces, como ahora y como siempre, en el problema de la tuberculosis, pronto encontré ocasión de hacerme cargo por completo de la situación del enfermo. Tratábase de un sujeto todavía jóven, pues que acababa de entrar en la cuarentena, padre de muchos hijos, de los que el mayor no había salido del Instituto. Tísico declarado desde hacía cuatro años, y alguno despues de incoado un pleito de cuya pérdida ó ganancia resultaría la miseria ó la opulencia para su familia, era él mismo, como abogado, su propio defensor. Cuando se le preguntaba por su salud contestaba invariablemente: «Muriéndome; pero como no me puedo morir hasta haber ganado el pleito, porque lo ganaré si vivo, y sinó lo perderían mis hijos y se quedarían sin qué comer, he decidido no morirme hasta que se me haga justicia.

Una noche de invierno, al llegar á su casa y empezar á subir la escalera, se le presentó una hemoptisis tan espantosa, que no perdería menos de un litro de sangre, cosa que parecía imposible en aquel cuerpo cuyo enflaquecimiento había llegado, como he dicho, á la extrema esqueletización. Apesar de ella subió la escalera agarrado á la barandilla, y él mismo tranquilizó á su angustiada esposa y se metió en la cama repitiendo su eterna cantilena de que no podía morirse hasta haber ganado el pleito. Al día siguiente volvió al casino, no más demacrado, por que ya no era posible mayor demacración; pero sí más pálido, cadavérico. Según su médico, vivía milagrosamente con menos de medio pulmón, y con una miseria de alimentación inverosimil; pero

así vivió todavía, febril, sudoroso, arrojando jofainas de esputos purulentos, y atracándose de bismuto y opio para contener la diarrea, unos seis meses; hasta que como todo acaba en el mundo, hasta los pleitos en los tribunales españoles, aunque algunos estén en tramitación tres ó cuatro siglos, se acabó el suyo y se acabó ganándolo nuestro tísico. El mismo día que le pusieron en posesión de los bienes que se habían discutido, se metió el enfermo en la cama y les dijo á su mujer á sus hijos y á su médico: «¡Vaya! Ahora ya me puedo morir tranquilo; que venga el cura, y disponed todo lo necesario para el entierro.» A las cuarenta y ocho horas estaba de cuerpo presente.

II

Médicamente hablando, ¿qué es la emoción, y cuál es el mecanismo de su acción patógena? La emoción en el último análisis tiene que ser una representación cerebral, como representaciones cerebrales son las sensaciones, las ideas, los juicios y las voliciones; y una representación cerebral no puede ser otra cosa que un movimiento celular, molecular ó atómico del mismo cerebro. Que este movimiento se transmita al éter intermolecular, ó interatómico, ó interorgánico; que de éste se transmita ó no se transmita al alma pecadora, y que ésta sea ó no sea el sujeto emocionado, médicamente hablando, importa poco ó nada. O el pensamiento tiene un equivalente mecánico en la nutrición ó no lo tiene; si lo tiene, como está hasta la saciedad demostrado en todos los órdenes do la actividad mental, es este equivalente mecánico el que como médicos nos interesa, sin poner límites prematuros y ridículos á la mecánica.

Todo el mundo sabe, ó si no lo sabe lo siente dentro, que justo ó injusto, pareciéndonos justo desde luego, hay en nosotros un código moral que nos enseña el bien y el mal, no solamente abstracto, sino concreto y relacionado con nuestro bienestar y con nuestro porvenir, código cuyos artículos están escritos por mano de la educación y de la instrucción, en otras tantas representaciones cerebrales, en otros tantos órdenes de movimientos, constituyendo lo que llamamos parte efectiva de la actividad mental. Las sensaciones, los sucesos, la memoria, la imaginación, el pensamiento, no se limitan á crear ideas y á determinar juicios, sin otra finalidad que la sabiduría; sus representaciones, sus movimientos, comparecen ante el código moral á recibir interpretación utilitaria, y por su adaptación á los movimientos preexistentes del bien ó del mal, provocan un afecto placentero ó penoso.

Este bien y este mal, repito, que justos ó injustos, racionales ó

irracionales, son los resultantes del aprendizaje conservador del individuo, para sí mismo y para la especie, muchas veces no del todo consciente. Que le toca la lotería, pues se emociona alegremente; pero si el dinero que van á darle no le sirviera para nada, se quedaría indiferente. Que se le muere su padre, que era su sostén y el agente de su porvenir venturoso, pues se emociona tristemente; pero que crea á pies juntillas, como algún pueblo salvaje, que á los padres viejos ó inválidos se les debe matar para que descansen de una vez, y él mismo le dará la puñalada misericordioso y se quedará tan satisfecho pensando que ha cumplido con un deber.

La raiz utilitaria de las emociones se encuentra siempre que se busca con el detenimiento necesario, hasta en aquellas emociones, como la emoción estética, que parecen más desligadas de todo interés para el sujeto. En las patógenas dicho fundamento es incuestionable, y por eso no me detengo más tiempo en su defensa.

Los movimientos representativos del código moral, que cada cual se ha formado, son parte de nuestra actividad cerebral, continua; parte, por consiguiente, de nuestra vida, reglada y regida además por las actividades cerebrales; movimientos creados por la nutrición al impulso de motivos exteriores á ella, y por la nutrición sostenidos. Todo lo que los amplíe y favorezca será emoción esténica; todo lo que los contraríe, será emoción deprimente. Tan cierto es esto, que la nutrición excitada por el trabajo, que la sola actividad funcional voluntaria, crea la emotividad alegre y placentera que estalla en emociones esténicas por el menor motivo y aun sin motivo apreciable, y la sola inactividad funcional voluntaria crea la emotividad triste y penosa que estalla en emociones deprimentes por cualquier motivo y aun sin motivo apreciable. Cuando yo era muy jóven, casi un niño todavía, y estaba anémico y melancólico, por obra de ambiciones locas, nacidas de lecturas malsanas, me daban lástima las cuadrillas de trabajadores del campo que al caer de la tarde volvían al pueblo después del trabajo rudo de sol á sol, porque volvían cantando y más alegres que unas castañuelas, sin percatarme de que era yo el verdaderamente digno de lástima. Y la razón de que algunas emociones penosas, tales como la cólera, sean esténicas, no es otra que la de ser excitantes de actividad y de trabajo.

Y apenas es necesario recordar que la dirección y regencia de la nutrición general la ejerce el sistema nervioso central por medio de sus prolongaciones eferentes después de haber recibido y transformado las energías que le suministra la fuente inagotable del mundo exterior por sus vías aferentes y en sus propios dinamismos.

Así planteado y entendido el asunto, nada más fácil que darse cuenta exacta del mecanismo patogénico de las emociones esténicas y asténicas.

Prescindiendo de los casos en que una enfermedad anterior del corazón, ó de los vasos, les priva de la resistencia para soportar el aumento de presión sanguínea que producen las emociones esténicas, y por este aumento de presión se rompen ocasionándose la muerte repentina, se comprende bien que una emoción esténica tan violenta que sobrepase los poderes orgánicos eliminadores de los desechos de una nutrición impulsada por ella al huracán vertiginoso, pueda también matar repentinamente.

En las obras de Féré *Pathologie des Emotions* y de Hack Tuke, *El cuerpo y el espíritu* pueden verse multitud de casos prácticos de estas acciones y resultados, análogos á los de la caldera que estalla por exceso de vapor, ó á los del horno que se apaga en su propio óxido de carbono por exceso de combustible y defecto de chimenea. Y se comprende de igual modo quo una emoción deprimente lo sea tanto, que no se limite á contrariar y retardar los movimientos cerebrales vivos, sino que los anule y transforme en otros movimientos no vivos, y mate también repentinamente. Pero no son estos los casos que más me interesan en este momento; son aquellos en los cuales las emociones suscitan un proceso patológico de mayor duración, en los cuales es posible la intervención patológica.

¿Qué hay en la emoción esténica, excesiva ó patógena, compatible con la vida aunque enferma? Por de pronto, un exceso de movimiento vital, que es lo mismo que decir un exceso de movimiento nutritivo del cual ha de resultar una cantidad de materiales de desasimilación para la eliminación de los cuales no bastan todos los emunctorios. Y sabido es que los materiales de desasimilación aunque sean normales, son tóxicos cuando se acumulan en exceso en el medio interno ó en la atmósfera de los elementos anatómicos. La consecuencia necesaria es una autointoxicación, cuya terminación es por lo general favorable, sin otros auxilios terapéuticos que el reposo, y si acaso, algunos medicamentos eliminadores; pero habida cuenta de que los venenos de la desasimilación son irritantes, como todos los venenos en cantidad suficiente, y que á un exceso de función, por ley fisiológica, sigue la fatiga, puede suceder, por excepcional que sea el caso, que se ocasionen lesiones remanentes del orden irritativo, del orden atónico y hasta del orden degenerativo, constituyentes de enfermedad secundaria é independizada de la emoción generadora.

¿Qué hay en la emoción deprimente patógena, todavía compatible

con la vida aunque enferma? Hay desde luego una representación, un orden de movimientos cerebrales contrarios al bienestar, á la normalidad y al fomento, bajo tipo normal de la nutrición, como lo demuestran experimentalmente los efectos inmediatos que se obtienen de estas emociones suscitadas en los sujetos de mediana ó acentuada emotividad con ó sin hipnotismo previo y como lo demuestran las observaciones clínicas de los emocionados. Estos efectos son en todo caso los que dejo consignados, reductibles á un retardo evidente de la actividad nutritiva; pero si este retardo fuera armónico, si se diera por igual y en equivalencia perfecta en todas las funciones, desde la digestiva á la hematopoyética, desde la hematopoyética á la neurotrófica, y desde la neurotrófica á la eliminadora, podría producir una hipotrofía general, un envejecimiento prematuro, si acaso, y nada más. Por desgracia, nada más extraño á la armónía que semejantes retardos; la dificultad de la digestión se traduce por digestiones imperfectas formadoras de quilos anormales y tóxicos; el defecto de actividad circulatoria, además de restar elementos á la asimilación, trastorna la nutrición y la hace dar productos de desasimilación anormales, cuya permanencia en la esfera de acción sobre los elementos anatómicos prolonga, favoreciendo sus acciones siempre tóxicas; el retardo de los movimientos respiratorios y su superficialidad, acaban por ocasionar autointoxicaciones carbónicas y ptomainicas y leucomainicas..... Por varios mecanismos, autointoxicaciones complejísimas y variadas según las diferentes disposiciones individuales.

Que este es el mecanismo de acción patógena de las emociones, y que esta es la naturaleza de las enfermedades emocionales, lo acredita, además de la experimentación patogenética y de la observación clínica, las análisis de la sangre y de la orina, ó mejor dicho, la indagación del coeficiente hemotóxico y urotóxico de los sujetos emocionados. Yo he hecho durante años estas indagaciones, y sus resultados, principalmente por lo que se refiere á la sangre, han sido siempre un aumento de la toxicidad del suero sanguíneo, variable desde el doble al cuádruple y aun al quíntuple.

Las orinas claras y de aspecto acuoso que en abundancia eliminan los sujetos que acaban de pasar por un gran susto ó por un miedo emocionante, son siempre más tóxicas que las orinas normales y aun que las procedentes de sujetos fatigados.

III

Después de lo dicho, ¿tiene algo de extraño, ni menos de incomprensible, la variedad de efectos patológicos suscitados por las emo-

ciones y hasta por una misma emoción? De una misma ciudad sitiada resultan varios sujetos diabéticos, resultan otros pocos azotúricos, muchos cloroanémicos, no pocos dermatósicos, bastantes histéricos y epilépticos, un número de Parkinsonianos, de coréicos, de temblorosos, de ticcómanos y de locos, muy superior á los que da la población en circunstancias ordinarias.

De una misma catástrofe de ferrocarril y con completa independencia de los traumatismos propiamente dichos, resulta la misma variedad de efectos emocionales patológicos.

En ambos casos, los motivos de emoción parecen idénticos para todos, y salvo diferencias de intensidad, evidentemente lo son; mas si los efectos de la emoción han sido tan distintos, no cabe duda de que las emociones causales han sido distintas.

Es que las emociones no son en ningún caso el resultado directo de los motivos externos emocionantes, sino la resultante del conflicto entre las representaciones ó movimientos representativos de estos motivos y los movimientos representativos preexistentes de nuestro bien ó de nuestro mal orgánico; y como estos últimos varían en cada sujeto nada tiene de extraño que varíen las emociones y sus efectos patológicos, sino antes al contrario, la variación aparece como necesaria. Quien ante el fuego de los sitiadores tiembla y se anonada, y palidece y se consume, y quien se encoleriza y enrojece de furor y hasta llega á la manía más violenta, quien en el descarrilamiento se queda mudo de espanto ó paralizado por el terror pánico, quien entra en convulsiones, quien con bastante fe en otra vida mejor y preparado siempre para morir, se afecta poco ó nada ante el peligro.

Fué seguramente para las acciones de los motivos emocionantes, para las que se escribió el célebre aforismo: *quid quid recipitur ad modus recipientis recipitur.*

Para el piloto experimentado, cierta pequeña nube negra en el horizonte, por lo demás bañado por el sol, es un motivo serio de preocupación y de determinaciones rápidas, porque sabe que aquella nube trae la tempestad; en cambio el pasajero que lo ignora, permanece tranquilo hasta que estalla el primer trueno, El asceta busca á Dios en la soledad y por la penitencia; otros no menos creyentes le buscan entre los torbellinos del mundo por medio del trabajo; y otros no le buscan de ninguna manera. Para quienes el objeto y el fin de la vida es la gloria aquistada con el entendimiento, el trabajo y la virtud; para quienes el solo objeto y el fin de la vida es el atesorar dineros, por el solo placer de atesorarlos, ó por el placer de dominación que los dineros procuran. El piloto, sobre todo si lleva á bordo á su mujer y á sus

hijos, puede enfermar de emoción á la vista de la nube que nada significa para el pasajero y calmarse al primer trueno si le acompaña la lluvia; en cambio el pasajero puede enfermar de miedo al primer trueno, aunque llueva á torrentes. La sola preocupación, posiblemente patógena, del asceta, serán las tentaciones de la carne; la preocupación del trabajador, será que el trabajo falte. Las críticas mortificantes, pueden ser patógenas para el hombre del arte, que no se impresionará gran cosa por pérdidas de dineros; en cambio al hombre de negocios le tendrán sin cuidado las críticas como sus arcas estén repletas, y las pérdidas de dinero le harán diabético, ó le volverén loco, ó cuando menos le harán neurasténico.

Luego, aparte de estas causas de diferenciación patogenética de los efectos de las emociones, de la especificación de las enfermedades emocionales por los diversos estados previos de los dinamismos cerebrales, provinientes de la educación, de la instrucción ó del medio psíquico, hay otras causas de diferenciación y especificación, en la disposición hereditaria del sistema nervioso, en la edad de los sujetos emocionados, en la naturaleza y la intensidad de la emoción, y en las idiosincrasias hereditarias ó adquiridas, que explicamos en clínica, á falta de mejor conocimiento, por la acción del *locus minoris resistentiæ*. No creo necesario citar ejemplos de estas diferenciaciones, que seguramente han de quedar aceptadas á su sola enunciación.

IV

Es un hecho de diaria observación que las enfermedades de origen emocional pueden persistir, y de ordinario persisten, después de desaparecer los motivos emocionantes y la emoción misma. Semejante fenómeno no tiene más que dos explicaciones posibles: ó la emoción por medio de su mecanismo autotóxico que dejo demostrado, produjo lesiones que se independizaron de la causa productora, como se independiza una cardiopatía del reumatismo que la produce, y estas lesiones sostienen y fomentan el proceso, persiste la autointoxicación por persistencia del trastorno nutritivo que la genera.

La primera hipótesis es defendible en muchos casos, como por ejemplo los de las mismas cardiopatías de origen emocional, que también las hay y más frecuentes de lo que enseñan los Tratados de estas enfermedades, y aquellos otros en que la emoción es tan violenta que actúa á la manera de los grandes traumatismos y puede inutilizar definitiva ó temporalmente una región cerebral ó un orden de elementos anatómicos del cerebro. Pero es la segunda hipótesis la que deja de serlo

y se convierte en hecho demostrado, en la inmensa mayoría de los casos, y á esta demostración basta la unidad procesal, las remitencias y aun intermitencias sindrómicas, que sólo por eliminaciones y acúmulos de toxinas específicas pueden explicarse y, en último término, las análisis y los coeficientes tóxicos de las secreciones y de la sangre. Y si repugnara un poco la persistencia del trastorno nutritivo y de la toxina específica, cuando ha desaparecido la emoción que produjo el primero, no hay más que recordar la antigua ley del hábito, que es la ley de los automatismos reflejos y que, lanzada la nutrición á un modo anormal, puede establecerse y se establece con lamentable frecuencia, el círculo vicioso de su existencia hasta la muerte por las acciones perturbadoras de los productos de desasimilación anormales para los cuales muchas veces no hay emunctorios fisiológicos adecuados, aparte de que estos venenos pueden pertenecer á esas dinámidas tan mal conocidas todavía, pero reproductibles, que llamamos mal llamadas fermentos amorfos y que están rasgando el velo que nos ocultaba la vida de lo inorgánico.

No puedo hacer más que indicar esta cuestión, ya realmente fuera del objeto de la presente comunicación, y he de limitarme, para continuar dentro del mismo, á aquellos otros casos no menos evidentes en que la emoción persiste á través de todo el proceso que ocasionara, en que los motivos exteriores emocionantes ó la memoria y la imaginación, mantienen y aun agigantan la emoción y sus dinamismos patógenos. Y si la enfermedad emocional puede mantenerse aun después de pasada la emoción, por los apuntados mécanismos, no puede dudarse de que la persistencia de la emoción, lleva al pronóstico tantas sombras, que, una de dos, ó la emoción se destruye ó la incurabilidad se apodera de la situción.

¿Y como destruir ó transformar un estado emocional patógeno, devolviendo al organismo la eficacia de todas sus naturales defensas, y aun ayudándole á eliminar las toxinas remanentes, y, lo que es mejor, creando en él estados emocionales contrarios, productores de verdaderas antitoxinas? La contestación á esta pregunta me lleva á la segunda parte de este trabajo: á la Terapéutica psíquica.

V

Siendo la emoción patógena un movimiento representativo de tendencia antivital resultante del conflicto entre el movimiento representativo de los motivos emocionantes, y el movimiento representativo de nuestro bien ó de nuestro mal orgánicos, preexistente en el cerebro,

no habrá mas que un medio en definitiva, de abolirlo ó de transformarlo, y este medio tiene que ser la provocación de representaciones ó de movimientos opuestos. Trabajo de interpretación el trabajo emotivo, para revertirlo en trabajo saludable, no hay ni puede haber otro procedimiento eficaz, que crear motivos de interpretación, no solo distinta sino opuesta. Y dependiendo la interpretación patógena de la significación real ó imaginaria de los motivos emocionantes y de las creencias del sujeto, ó hay que suprimir los motivos emocionantes, ó que cambiarles su significación en la mente del sujeto, ó que cambiar las creencias de este, ó que actuar de las tres maneras al mismo tiempo ó de dos de ellas,

Ahora bien: aun separados los motivos emocionantes exteriores, la emoción puede persistir, porque la representación de los mismos permanece en la memoria, y puede seguir actuando. De donde resulta que las representaciones patógenas, solo pueden contrariarse y destruirse por medio de otras representaciones saludables; lo cual quiere decir una cosa que sabe todo el mundo, y es que las ideas solo se combaten con ideas. Podremos por otros medios físicos ó químicos aumentar ó disminuir la función cerebral; pero ningún medio físico ni químico, que no sea expresión y trasmisor de una idea, podrá crearla en el cerebro influído.

Y esta es la Psicoterapia en su sentido estricto: La ciencia de las indicaciones mentales ó de modificación mental, y el arte de crear representaciones mentales ó ideas curativas en el sujeto enfermo.

Que no sirve solamente para curar las enfermedades emocionales, sino también para curar ó ayudar á curar las que dependan, en más ó en menos, de dinamismos representativos anormales. Y en menos ó en más dependen todas.

Física al cabo, sí, pero Física de un orden superior á la Física de los laboratorios, cuyos laboratorios hasta hoy, son los laboratorios humanos vivientes, y los cerebros humanos los únicos generadores y receptores de sus ondulaciones y de sus energías.

VI

Y hasta sí, abusivamente, sa quiere limitar la eficacia de las acciones psicoterápicas al elemento etiológico emocional, tendremos que declararlas útiles y aún indispensables en todas las enfermedades, en que el sujeto conserve condiciones receptoras de las ideas curativas, única limitación de sus indicaciones.

Salvando esta limitación forzosa, después de todo excepcional, todo

enfermo es un emotivo, y todo enfermo está bajo la acción de motivos emocionantes reales. Porque la emotividad tiene por condición esencial la debilidad vital; hasta tal punto, todo en la vida es nutrición; y la enfermedad misma, principalmente mientras su pronóstico es incierto, es el motivo de emoción deprimente más justificado que puede darse.

Agreguénse á él los ordinarios de esta vida de pesadumbres, y dígase si podrá nadie ser médico de enfermos, sin emplear á diario la psicoterapia.

Por supuesto, que desde antes de Hipócrates, hasta hoy y hasta la consumación de los siglos, la han empleado, la empleamos y la emplearán, no sólo los médicos, sino todas las personas de sentido común y de buena voluntad que se comuniquen con un enfermo, y de manera consciente ó instintiva. Lo que es menester es que se emplee sabiamente siempre y con todas sus intensidades, para obtener los semimilagros de que es capaz.

VII

La terapéutica psíquica, pese á todas las apariencias de simplicidad, es la más complicada y difícil de las terapéuticas. Se resume en el cambio favorable del ambiente psíquico, y en la sugestión; pero hay muchas más maneras de sugestionar, constituyendo estas últimas nada ménos que un arte especialísimo, que no consiste en el conjunto de reglas para hacer bien las sugestiones, sino en el conjunto de reglas para hacerselas aceptar al enfermo. El arte de sugerir es, en realidad, el arte de convencer.

VIII

La modificación favorable del ambiente psíquico, reclama: ó un cambio favorable de fortuna, que es asunto fuera de la intervención del médico, ó un cambio de residencia de las personas que rodean al enfermo, ó un cambio de residencia de éste únicamente. Y en estas determinaciones tampoco el médico puede intervenir más que con el consejo.

Ocasiones hay, sin embargo, y muchas, en que el médico se ve obligado á hacer cuestión fundamental del tratamiento el cambio del medio psíquico, por ser éste la causa principal del padecimiento, ó por ser tan emocionante y patógeno, que todo esfuerzo terapéutico, permaneciendo en él el enfermo, ha de resultar inútil. En tales casos se

recurre al aislamiento del paciente en un establecimiento adecuado á la naturaleza de su mal, ó en una vivienda separada de la de su familia, asistido siempre por personas extrañas á ella ó por personas cuya compañía no ejerza ninguna clase de influencia desfavorable en la mente del enfermo. Lo más expedito en todos estcs casos será su traslación á un Nosocomio.

En estos últimos tiempos se ha discutido y discute más que en otros, la conveniencia de la reclusión nosocomial, y la mayor parte de los que, no teniendo Nosocomio propio, la aceptan, la aceptan más como medio de evitar las agresiones de los locos contra sí mismos ó contra las personas que los rodeen, como medio de evitar las consecuencias de sus instintos de destrucción, ó de evitar escándalos ó perjuicios de otra clase, que como medio terapéutico propiamente dicho.

Los Nosocomios, excepción hecha de los establecidos para tuberculosos, donde no se busca precisamente el aislamiento, sino otros medios especiales de tratamiento, se miran por consiguiente más como asilos que como establecimientos de curación. Y respecto á los Manicomios, los frailes, que explotan la mayor parte de los de nuestro país, profesan abiertamente y abiertamente difunden esa idea absurda y perjudicial, consecuencia natural de que los frailes, con sus fines particulares, que no son precisamente los terapéuticos, se meten en industrias para ellos ilegítimas, con el consentimiento de la ignorancia del pueblo soberano, fuente y raiz de todas las ilegitimidades.

Al aislamiento nosocomial, lo ha de regir una indicación terapéutica, como á todos los recursos de este orden; pero con esta indicación bien establecida, es acaso el remedio más importante de las enfermedades exclusivamente emocionales; no solamente por lo que cambia el ambiente psíquico, sino por la sugestión permanente y curativa que realiza, con los casos de curación que los enfermos presencian, y porque dentro de él son posibles otros medios de tratamiento de empleo difícil ó imposible en los domicilios de los enfermos.

Con aislamiento ó sin él, al médico le queda siempre, contra las enfermedades emocionales, el recurso poderoso de la sugestión, entendida como la doy á entender en el presente trabajo; porque la mejor sugestión es la qne no lo parece.

IX

Durante el hipnotismo, la sugestión actúa con una seguridad y una intensidad mayores que en el estado de vigilia; pero la provocación del hipnotismo, ni siempre es posible, ni siendo posible, es siempre provechosa.

En último análisis el hipnotismo es un estado monoideico del cerebro dominado por el movimiento representativo de una sola idea, la de dormir: y en el cual estado, paréticos los movimientos representativos de las demás, toda idea sugerida encuentra el campo sin movimientos contrarios, es decir, sin obstáculos para arraigar y para constituir juicios y voliciones definitivos, conscientes é inconscientes en cuanto á su origen, y con acciones muchas veces decisivas sobre la nutrición.

Más la provocación del hipnotismo reclama, como condición esencial, un estado del cerebro que se conoce con el nombre de atención expectante, y que anatómicamente responde á una especie de equilibrio inestable de los movimientos representativos en el mismo; y cuando el cerebro está ya en un estado monoidéico intenso, ó sea bajo la acción de una idea fija y absorvente, es muy difícil, ó imposible del todo, provocar el hipnotismo. Y desgraciadamente este es el caso de la mayor parte de los emocionados.

De otra parte, el hipnotismo puede encontrar, y con frecuencia encuentra en nuestro país medio fanatizado, representaciones cerebrales contrarias y tan intensas que lo hacen también imposible.

Y de otra, por último, hay cerebros tan débiles y tan propensos al monoideismo transformable en idea fija de caracter vesánico, que en ellos esta perfectamente contraindicado, porque con facilidad determina una hipnomanía. Con la misma facilidad que en los mismos sujetos una inyección de morfina determina la morfinomanía.

De todas las prácticas terapéuticas, son acaso las prácticas hipnóticas las que exigen un conocimiento más exacto y más profundo del enfermo; mientras que la sugestión vigil, podrá encontrar obstáculos insuperables á sus acciones curativas; pero no encuentra jamás verdaderas contraindicaciones.

CONCLUSIONS

Première: L'étiologie émotionnelle ou psychique, est demontrée en beaucoup de maladies, dont je peux citer, avec l'assentiment de tous les pathologistes, la viellesse prématurée, le diabète sucré, quelques diabètes insipides, la chlorose, le goître exophthalmique, la purpura hémorragique, certaines dermatoses, l'histérie, l'épilepsie, la maladie de Parkinson, quelques formes de corée, diverses folies, etc. etc

Deuxième: L'émotion pathogène agit par l'intermédiaire du système nerveux vaso-moteur et trophique en troublant la nutrition et en

determinant une auto intoxication, qui est la cause immédiate des lésions successives.

Troisième: La différentiation des maladies émotionnelles, leur spécification, provient de la manière d'après laquelle chaque individu humain reçoit les impressions par la disposition héréditaire de son système nerveux, de la nature et de l'intensité d'action de l'émotion, et du *locus minoris resistentiæ*.

Quatrième: Les maladies d'origine émotionnelle peuvent persister après la disparition de cette cause médiate, parce que la cause immédiate, c'est-à dire, la toxine spécifique provenant de la perturbation nutritive, est un poison qui se reproduit dans l'organisme, ou bien par la loi de l'habitude, ou bien par sa propre action irritative, agissant, peut-être, comme les ferments amorphes. Mais la persistance de l'émotion pathogène aggrave toujours le pronostic du mal.

Cinquième: Cette persistance possible, et très fréquente, implique la nécessité d'une thérapeutique psychique, parce que les émotions ne se guérissent pas avec des drogues ni avec aucun autre moyen physique ni chimiqué.

Sixième: L'élement étiologique émotionnel agit dans le cours de presque toutes les maladies quoiqu'il n'en soit pas la cause médiate. En effet, d'une maniére générale, toute maladie par elle-même augmente l'émotibilité; l'avenir du malade est un motif d'émotion, tant que cet avenir est incertain, et cette émotion pathogène existe toujours. Par conséquent la thérapeutique psychique doit avoir une application dans presque toutes les maladies.

Septième: La thérapeutique psychique se résume en ces deux procédés: changement favorable de l'ambiant psychique, et suggestion.

Huitième: La modification favorable de l'ambiant psychique n'est presque jamais sous le pouvoir du médecin, et celui-ci sera forcé de limiter son action à la conseiller mais il pourra toujours employer la suggestion.

La meilleure suggestion est celle qui ne paraît pas être suggestion.

Neuvième: L'hypnotisme renforce la suggestion; mais il n'est pas toujours applicable pour plusieurs raisons, il est contrindiqué fréquemment.

Discussion.

M. EENRY MEIGE (de París): Tout le monde sera certainement d'accord avec l'éminent rapporteur, pour reconnaitre le rôle étiologique capital de l'émotion dans un grand nombre de maladies. Les

exemples qui en ont été donnés sont tellement nombreux et tellement démonstratifs, qu'il serait superflu d'y insister.

Mais peut-être ne partagera-t-on pas complètement l'opinion pathogénique formulée dans les conclusions: «l'émotion pathogène agit par l'intermédiaire du système nerveux vaso-moteur et trophique, en troublant la nutrition et en déterminant une auto-intoxication, qui est la cause immédiate des lésions successives.» Je ne veux pas discuter ici la question de savoir lequel du phénomène psychique ou du phénomène physique est le premier en date dans le sindrome émotionnel. Les partisans de l'une ou de l'autre hypothèse sont aussi ardents que nombreux et savent faire valoir à l'appui de leurs idées des arguments de valeur presque égale. Le point sur lequel je désirerais exprimer quelques réserves, est le rôle de l'auto-intoxication dans la production des lésions. Est-il vraiment bien nécessaire de supposer l'intervention d'un poison pour expliquer les accidents consécutifs à l'émotion? Sans même parler des névroses ou des psychoses, dans lesquelles on peut aisément mettre en doute l'action d'une auto-toxine, dans nombre d'affections auxquelles le rapporteur reconnait à juste titre la possibilité d'une étiologie émotionnelle, je ne pense pas qu'une auto-intoxication soit indispensable pour expliquer les accidents qui se produisent.

Prenons, par exemple, la glycosurie. On sait pertinemment aujourd'hui qu'elle peut avoir une origine purement nerveuse; une cause psychique peut suffire à la provoquer. Faut-il nécessairement faire intervenir l'action d'un poison agissant sur les centres bulbaires? Ces mêmes centres ne peuvent-ils être stimulés à l'excès, soit par des phénomènes d'hyperactivité circulatoire; soit par un excès d'influx nerveux, du fait que, sous l'influence du choc émotionnel, se produit une insuffisance des interventions corticales chargées d'assurer le régulier fonctionnement des centres bulbaires et de leur irrigation?

Et pour le purpura hémorragique? Ne peut-on admettre qu'une excitation anormale des centres vasomoteurs produise una spasme suivi d'une paralysie vasomotrice, suffisants pour permettre l'issue du sang dans certains territoires cutanés, sans qu'il soit besoin pour cela, d'invoquer la présence d'un poison agissant sur la bulbe ou sur les terminaisons nerveuses des vaisseaux sanguins? On pourrait multiplier ces exemples.

Je crois donc qu'il faut conclure avec plus de réserve, et dire que si, bien certainement, les poisons exogènes ou endogènes sont capables de provoquer de semblables accidents, ces mêmes accidents sont

parfaitement explicables, sans le concours des poisons, et cela dans nombre de cas.

En outre si l'on veut faire intervenir les lois de l'habitude pour expliquer la persistance des accidents à la suite de l'émotion pathogène, je dirai qu'il n'est pas besoin, pour expliquer une habitude morbide de faire appel à des toxines ou à des ferments; mais que les centres nerveux, sont par excellence aptes à contracter des *habitudes*, des habitudes néfastes aussi bien que des habitudes utiles, en l'absence de toute espèce d'intoxication.

Ces réserves faites, je me trouve tout à fait d'accord avec le distingué rapporteur, lorsqu'il parle de la nécessité d'une thérapeutique psychique, quelque soit la maladie que l'on ait à soigner, il est impossible d'oublier que cette maladie est la maladie d'un malade, que le mal physique a toujours des réactions psychiques et réciproquement, bref, que suivant un antique et sage précepte, le médecin doit soigner avec la même sollicitude le corps et l'esprit. Une thérapeutique psychique est donc non seulement nécessaire, mais indispensable.

Elle comporterait deux procédés: «une modification favorable de l'ambiant psychique, et la suggestion». Je crois que ces deux procédés tendent à se fusionner intimement l'un dans l'autre, car, comme le dit encore le rapporteur, «pour amener un changement favorable dans l'ambiant psychique, le médecin est tenu de limiter son action à des conseils. Ces conseils ne sont-ils pas eux-mêmes, une sorte de suggestion? Je ne voudrais pas raviver d'anciennes querelles à propos de la signification de ce mot de «suggestion», mais je crois que la formule exprimée par la conclusion du rapport est d'une absolue vérité: «la meilleure suggestion est celle qui ne parait pas être une suggestion.»

Oui, en effet, la meilleure thérapeutique psychique est celle qui ne se paye pas de mots. Il ne saurait y avoir un *système* de traitement mental; on peut se baser sur des règles générales; mais non pas prescrire la thérapeutique psychique suivant des formules préétablies.

En définitive il faut savoir donner de bons conseils, et il importe de les donner de telle façon qu'ils soient certainement et exactement mis en pratique par les intéressés. Il ne suffit pas de commander; on doit obtenir des malades que leur volonté et leur raison les conduise à se conformer à de bonnes prescriptions. Le patient ne doit pas seulement executer, il doit *vouloir* exécuter ce qui lui est conseillé pour son plus grand profit.

En resume, le rôle du médecin, lorsqu'il fait de la thérapeutique psychique, n'est autre que celui d'un *éducateur*. Il enseigne ce que ses études et son expérience lui ont permis d'apprendre; il doit faire en

sorte que son élève se penètre des notions qui lui son enseignées. La meilleure thérapeutique psychique, est done celle dont le malude comprend le mieux les indications et la portée. Le meilleur psichothérapeute est celui qui sait le mieux se faire comprendre. La clərté, le bon sens, la fermeté, la patience, et quelque ingéniosité sont ses ressources principales. Il ne faut jamais négliger d'y recourir.

Mr. SEELIGMULLER (Halle): Si no me equivoco, el señor orador ha hablado de la «alma pecadora» como causa de emociones que producen las enfermedades psíquicas. En cuanto á mi experiencia yo no niego las causas exteriores, pero creo que la causa principal del incremento de las enfermedades psíquicas es la *Indiferencia religiosa* de nuestro siglo.

Un catedrático muy renombrado de mi país, la Alemania, Dr. Wernionne de Breslau, ha escrito: La causa principal de las psiquosis es la perplejidad, el apuro («die Ratlosigkeit») de los enfermos. ¡Es verdad! Si examinamos las enfermedades psíquicas hasta su fuente original, hallaremes la cuestión que atormenta á los enfermos. ¿Qué hacer?

Esa cuestión tani mportante para el orígen de las psiquosis puede ser contestada de una manera que satisface en todos los puntos por la religión cristiana, porque esa sola dá la posibilidad de reprimir las emociones nacientes en el hombre natural en todos los apuros y miserias de la vida. La fé cristiana no es una sugestión ni una doctrina solamente moral, más la certeza interior, que da la paz y el reposo necesario para combatir las emociones con un resultado infalible. En el catolicismo no lo sé yo, pero sostengo, que la fé de los protestantes es un castillo fuerte contra todas las emociones nacientes en el alma y contra las enfermedades psíquicas.

Mr. PIERRE PREGOSWSKI (Cracovie). Einige Ergänzungen dessen was der Vortrag des Herrn Prelegenten enthält werden meine Bemerkungen bilden.

Die Untersuchungen über die s. g. Neurasthenia periodica, von welcher ich Ihnen auf einer der folgenden Sitzungen berichten werde, werfen auch ein grosses Licht auf die psychyatrische Therapie und Aetiologie.

1.° Bei diesen Untersuchungen stellt sich die grosse Bedeutung der Haut, als des Ausscheidungsorganes, heraus. Die durch die Physiologie sowie durch die pharmakologischen Untersuchungen festgestellte Thatsache über die Haut als ein z. B. den Nieren ähnliches Ausschei-

dungsorgan wird leider bis jetzt in medicinisch-klinischer Hinsicht durchaus nicht genügend berücksichtigt. Diese Thatsache schliesst die Möglichkeit in sich, die Therapie im allgemeinen um einen grossen Shritt zu fördern. Da nämlich durch die Haut verschiedene im Blute sich befindliche Stoffe den Organismus verlassen können, so entsteht aus dieser Thatsache mit aller logischen Nothwendigkeit der Schluss dass also auch bei betreffenden psychischen Störungen überall wo sich die die Krankheit erzeugende Noxe im Blut befindet, die Erhöhung der Ausscheidungsthätigkeit der Haut erwünscht sein muss. Die Erfahrung und Beobachtung bestätigen dasselbe in vollstem Umfange; darüber hoffe ich aber bei anderer Gelegenheit zum Wort zu kommen.

2.° Die erwähnten Untersuchungen über die s. g. Neurasthenia periodica stellen fest, wie Sie es meine Herren hören werden, dass wir bei dieser Krankheit mit dem Spasmus der Blutgefässe der Haut, als Ausgangspunkt für alle anderen Störungen zu thun haben. Dieser Spasmus der Hautgefässe hat zur unmittelbaren Folge vor allem und hauptsächlich die Verminderung der Hautausscheidung, welchem Momente (d. h. der dadurch erzeugten Autointoxicatien) ich aus den Gründen die ich hier nicht anführen werde, die Erzeugung vor allem der psychischen Störungen, die einerseits in der erwähnten Krankheit anderseits auf deren Boden entstehen, zuschreibe. Die Thatsache dass das Wesen der erwähnten s. g. Neurasthenia periodica auf dem Auftreten der spasmatischen Zustände in den Hautgefässen beruht, ergiebt uns die rationelle Therapie der ganzen Krankheit, nämlich das Beseitigen dieser vasomotorischen Störung. Die Behauptung dass die dabei entstandene Autointoxication durch die mit genügend aus dem Organismus ausgeschiedenen Stoffwechselprodukte die psychischen Störungen erzeugt, führt zur Hervorhebung der Schwitzkur als causale Behandlung dieser psychischen Störungen.

Diese beiden therapeutischen Indicationen sind auch durch meine obwohl nicht lange dauernden Erfahurungen vollständig bestätigt, auf die Einzelheiten derer ich wegen des Mangels an Zeit nicht eingehen kann. Möchten Sie, meine Herren, mich in weiteren sich darauf beziehenden Untersuchungen und Erfahrungen unterstützen.

Dr. RICARDO DIAZ DELGADO (Madrid): Dos palabras me permito decir sobre una de las múltiples enfermedades producidas, según el Dr. Sanchez Herrera por la *emoción*. Me refiero á la verdadera parálisis general progresiva, que siempre se ha juzgado como producida por la sífilis, según la mayoría de los observadores, y quizás también

por el alcohol y tristísimas causas, que determinan las lesiones características de esta incurable enfermedad, pero nunca por causas esclusivamente psíquicas.

Dr. EMILIO LOZA (Madrid): Para juzgar del valor de las emociones y de la predisposición en la génesis de las perturbaciones mentales, hay que acudir á los principios fundamentales de tóda etiología, establecidas de modo inconmovible por el gran Letamendi.

En las enfermedades somáticas y en circunstancias ordinarias, ni las causas más genuinamente específicas (bacterias patógenas), producen alteración morbosa como no hallen terreno apropiado (debilitación de las defensas, predisposición). Solo en casos extraordinarios cuando obran en cantidad ó con energía considerable (envenenamientos, inyecciones masivas de líquidos infectos), es cuando disminuye la importancia de la predisposición: más esta por sí sola jamás producirá enfermedad alguna.

Lo mismo ocurre en las psicopatias, como enfermedades que son. Los agentes psíquicos, las causas emocionantes no producirán perturbación si no encuentran cierto grado de debilidad cerebral, de predisposición psicopática, en una palabra. Solo en casos análogos á los dichos, la predisposición jugará papel insignificante, pero nunca la predisposición, ya hereditaria, ya adquirida, bastará para que estalle la locura, siempre será indispensable el influjo externo.

Así, pues, la emoción, que ya es fenómeno patológico, no sobrevendrá si no hay emotividad y agente emotivo, y variará en su caracter é intensidad al compás de las modificaciones que experimenten los dos factores que la engendran.

Dr. MIGUEL BOMBARDA (Lisboa): Il n'a pas à mettre en doute l'énorme étendue de l'influence du moral sur le physique et la théorie de Lange et James y apporte une merveilleuse interpretation, basée en outre sur l'action des nerfs sur le métabolisme des élements anatomiques.

Mais pour que l'on arrive à conclure une influence telle que la paralysie générale puisse avoir sa source dans les émotions, il faut une observation d'une telle authenticité dans les plus minces détails que la conviction s'impose.

Un tel fait ne s'est jamais presenté. La paralysie générale, tout le prononce dans ce moment, n'est que la syphilis.

Drs. OTS Y ESQUERDO (Madrid): Manifiesta no estar de acuerdo con los dos extremos comprendidos en la ponencia del Dr. Sánchez Herrero.

La clínica psiquiatrica demuestra que la mayoría, por no decir la totalidad de las psicopatias, se desenvuelven sobre una organización cerebral inválida, factor etiológico preponderante y principalísimo, á la cual hay que culpar de hecho la mayoría de los afectos mentales. La emoción queda entonces convertida en una causa secundaria sin otra intervención que la de evidenciar la oportunidad psíquica, innata ó adquirida. Y por lo que á mi práctica profesional afecta, puedo afirmar que una de las causas determinantes que menos intervienen en la producción de las psicopatias, es la emocional.

En cuanto á la eficacia de la terapéutica psíquica, la considero por sí sola deficiente é insuficiente. Si por tal se entiende la medicación moral, ya practicada por la escuela de Alejandría con sus paseos por el Nilo y demás recreos, desde luego muestro mi adhesión á esta afirmación, con tal que vaya unida á la medicación farmacológica, higiénica, hidroterápica, pues no otra cosa se hace en la actualidad por todos los mentalistas; pero si sola es suficiente á la curación de la mayoría de las frenopatías, no puedo por menos que disentir de este modo de pensar, en virtud de las enseñanzas que hasta el presente me ha proporcionado la medicina mental.

Dr. SANCHEZ HERRERO (Madrid): Je me félicite vraiment de ce que les conclusions essentielles de ma communication coïncident avec les opinions d'un congressiste tel que le docteur Meige quand il affirme l'importance de l'émotion dans l'étiologie morbide et la nécessité de la thérapeutique psychique. Le seul point sur lequel nous paraissons en désaccord, est le mécanisme pathogénetique de l'émotion. Je soutiens que l'auto-intoxication est la source de tout état émotionnel pathogène, tandis que mon illustre contradicteur croit que l'auto-intoxication n'est pas indispensable pour constituer l'état pathologique d'origine emotionnelle.

A mon avis le désaccord dépend de la façon dont on pose la question.

Le docteur Meige ne veut point discuter ici la priorité du phénomène psychique sur le phénomène physique dans l'émotion, ni l'hypothèse inverse, pensant bien que lés partisans des deux hypothèses les appuient sur des arguments qui ont à peu près la même valeur. Son opposition à la doctrine soutenue dans una communication vient de ce qu'il considère comme légitimes ou, au moins, comme excusables des pareilles hypothèses que j'envisage comme absurdes.

Dans l'émotion il n'y a point de phénomènes psychiques, mais un seul phénomène psycho-physique, ou, pour mieux dire, un phénomène

organique qui dépend et provient de la nutrition, au même titre que les autres phénomènes organiques. L'émotion est pathogène ou ne l'est pas. Mais dans le premier cas elle ne peut l'être qu'en créant un mode de nutrition pathologique dont les produits sont toujours toxiques et seules causes possibles des lésions initiales et subséquentes. J'estime que penser d'une autre maniére serait revenir aux temps des maladies *sine materia* et à l'absurdité inconcevable des maladies sans lésions, absurdité engendrée par une espèce de vanité qui n'a pas voulu voir de lésions au delà de la portée du microscope et du réactif dont le pouvoir amplificateur et la vertu réactive changent et progressent parallélement aux progrés psychochimiques.

Sur un pareil terrain il est inutile de discuter. Mais j'espère que mon éminent collègue, après y avoir bien réfléchi, finira par convenir avec moi de ce fait fondamental: que tout état pathologique est le produit d'une excitation anormale appelée communément irritation, et que, dans toute irritation, il doit y avoir un organe irrité et un agent irritant, le clou métaphorique de Hunter, que celui-ci reconnut déjà comme rationellement nécessaire. Et ce clou, où il n'y a point de venin exogène, et même quand il y en a, doit être un venin endogène. De sorte que l'on peut soutenir cette proposition absolue exprimant une vérité du même ordre: que toute maladie est en dernière analyse une auto-intoxication.

Il ne veut pas parler des névroses ni des psychoses à propos desquelles on peut, dit-il, facilement mettre en doute l'action d'une toxine; et il a tort, car, s'il en eut parlé, il m'aurait donné l'occasion de lui rappeler les coefficients urotoxiques et hémotoxiques de beaucoup de névroses et de beaucoup plus de psycopathies, ce qui l'aurait convaincu de la nature auto-toxique de ces maladies. Oserait-il ne pas attribuer une pareille nature à l'épilepsie? je ne puis le croire, il est trop savant pour cela.

Passons maintenant à ses exemples de la glycosurie et de la purpura hémorragique.

Je suppose qu'en parlant de glycosurie, il ne veut pas s'en tenir à ce symptôme et qu'il se réfère au véritable diabète saccharin. Néanmoins ce que je vais dire peut s'appliquer au symptôme comme à la maladie. «On sait parfaitement aujourd'hui, dit-il que la glycosurie peut avoir une origine purement nerveuse; une cause psychique peut suffire á la provoquer. Est-il indispensable de faire intervenir un venir sur les centres bulbaires? Est-ce que ces centres ne peuvent pas être stimulés dans une grande mesure, soit par des phénomènes d'hyperactivité circulatoire, soit par un excés d'influx nerveux, étant don-

né que, sous l'influence du choc émotionnel, il se produit une insuffisance des interventions corticales, chargées d'assurer le fonctionnement régulier des centres bulbaires et de leur irrigation?»

En premier lieu quand on provoque et détermine la glycosurie par la piqûre du plancher du quatrième ventricule, on commence par altérer la nutrition de ce centre en le faisant s'empoisonner par ses propres excrétions anormales; et cet empoisonnement est l'unique fondement anatomique de sa fonction anormale. Et puis le dynamisme anormal qui part du bulbe va altérer le dynamisme glycogénique, c'est-à-dire le chimisme glycogénique, par un seul, par plusieurs, ou par tous ces mécanismes possibles: par le poison engendré dans le bulbe, par l'action nerveuse trophique anormale provenant de l'anormalité nutritive du bulbe, par l'action vaso-motrice anormale de la même origine; par la génération d'un autre poison dans les organes glycogéniques dont il a altéré la nutrition provoquant une glycogènie excessive d'un glycogène anormal, plus transformable en glucose que le glycogène normal, ou bien, engendrant encore un poison dans les organes glycolitiques dont il empêche la fonction et occassionne l'hyperglycémie.

En second lieu, si les actions d'une hyperactivité circulatoire, d'un excés d'influx nerveux, d'un manque de frein cortical produit par le choc émotionnel ou par une autre cause, troublent les fonctions du bulbe, elles doivent le faire en troublant leur nutrition. El loin d'accepter que la perturbation des fonctions du bulbe soit l'unique cause de la glycosurie, nous affirmons que le même raisonnement peut s'appliquer à toutes ces causes de perturbation. Mon illustre contradicteur pourra me dire que, jusqu'à présent, il n'a pas vu le poison glycogénique, quoique il soit obligé d'admettre les poisons provenant des altérations nutritives du bulbe, des organes glycogéniques et des organes glycolitiques. Passons maintenant au poison glycogénique ou plutôt diabétogène.

L'action traumatique de la piqûre du quatrième ventricule, l'hyperactivité circulatoire du bulbe, l'excés d'influx nerveux sur celui-ci, le manque de frein cortical occasionné par l'émotion ou par une autre cause, sont des actions qui passent, se transforment, s'évanouissent. Et cependant la glycosurie, le diabète persiste. Pourquoi persiste-t-il? Est-ce un effet sans cause? Allons-nous invoquer, pour expliquer cette persistance, l'habitude morbide? Je m'occuperai tout à l'heure de cette expression qui traduit bien un fait, mais manque de sens scientifique.

La persistance du diabète ne peut s'expliquer que par la génération d'un poisson diabétogène reproductible, cause et effet à la fois du

principal trouble nutritif du mal; et dans cette génération les éléments anatomiques jouent le rôle de substances fermentescibles ou de microbes toxinifères. Toutes les glycosuries expérimentales, même celle qui est provoquée par la piqûre du quatrième ventricule, sont des glycosuries simples, non diabétiques, transitoires, en somme. Il n'y en a qu'une de légitimement diabétique, celle que provoque la floridzine. Elle dure autant que l'action de l'empoisonnement par cette substance et elle reste en parfaite relation avec ses doses. Ces faits, ne démontrent-ils pas que la genèse et la persistance de la glycosurie sont toujours l'œuvre d'une auto-intoxication?

Mon illustre contradicteur croit que, pour se rendre compte de la purpura hémorragique, il suffit d'admettre une excitation anormale des centres vaso-moteurs, laquelle produit le spasme des vaisseaux suivi de leur paralysie suffisante pour permettre le passage du sang dans certains parages cutanés, sans qu'il y ait besoin, pour cela, d'invoquer la présence d'un poison agissant sur le bulbe ou sur les extrémités nerveuses des vaisseaux sanguins. Or je prétends que toute excitation anormale est une irritation et que toute irritation engendre un venin organique et une fonction pathologique dont le fondement est la substitution d'une partie du chimisme biologique normal par une autre partie de chimisme ordinaire de laboratoire. Et j'ajoute que rien ne se rompt dans l'organisme, encore moins les vaisseaux, sans l'action d'un traumatisme physique ou chimique complètement étranger au physiologisme.

Si les vaisseaux se paralysent, se dilatent et enfin se rompent en laissant passer le sang dans la purpura hémorragique, c'est parce que leurs parois s'empoisonnent.

L'émotion occasionnelle de la purpura hémorragique, comme toute émotion pathogène, est un état de nutrition troublée et partant autotoxique, et la constitution de l'état émotionnel pathogène ou le manque d'un pareil état dépendent précisément de ce que le dynamisme de la cause émotionnante peut ou non troubler la nutrition.

Que sont cas habitudes néfastes ou utiles auxquelles sont aptes par excellence les centres nerveux sans aucune intoxication? Je crois que celle manière de parler, sauf le respect que je dois au Dr. Meige, est impropre à la Médecine de notre temps. Allons-nous donc maintenant nous contenter d'appeler habitudes utiles l'appétit quand nous avons besoin d'aliments, le sommeil quand nous avons envie de dormir, et habitudes néfastes ou morbides, l'attaque d'hystérie ou l'éruption herpétique qui se répètent de temps en temps sans rythme ni mesure? Mais si la science est, comme le voulaient les scholastiques et comme le veu-

lent ceux qui la cultivent maintenant: le *coguitio rerum per causas*, une pareille conformité est loin d'être scientifique. L'investigation purement scientique a vu que lorsque l'attaque d'hystérie ou l'éruption herpétique diminue, le coefficient urotoxique diminue tandis que le coefficient hemotoxique augmente, le contraire arrive lorsque l'attaque d'hystérie ou l'eruption hermétique diminuent. Il me semble que ces recherches valent un peu plus que la contemplation stérile des attaques et que la dénomination d'habitudes morbides qu'on leur donne comme dernière explication.

Enfin le distingué névrologue, avec qui je discute, entonne un hymne à la thérapeutique psychique, et j'applaudis avec euthousiasme. Mais j'y vois une omission sérieuse sur laquelle je ne puis passer: Il n'y a en effet dans cet hymne ni une strophe ni même un seul mot pour l'hypnotisme comme modificateur psychique direct et comme préparateur du terrain où l'on doit semer la suggestion. Je suis le premier à en condamner l'abus et même l'emploi par des mains inxepérimentées; mais pour moi c'est manquer de sens pratique et renoncer sans raison à un moyen térapeutique puissant, que de l'exclure systématiquement du traitement de beaucoup de maladies où ni la clarté, ni le bon sens, ni l'énergie, pas plus d'ailleurs que la patience et les reffinements exquis, ne suffisent à faire prendre racine aux suggestions éducatrices pour employer le mot de mon illustre contradicteur.

Al distinguido Dr. Seeligmüller, que nos ha hecho el honor de hablar en español, estimando á la indiferencia religiosa de nuestro siglo, como causa principal del incremento de las enfermedades psíquicas, refiriéndose seguramente á las psícosis de origen emocional, y que encuentra en la religión protestante una fortaleza inexpugnable contra las emociones patógenas, sólo debo decirle que la historia de la Medicina y mi propia observación no me han convencido del poder profiláctico de ninguna religión por sí sola. Buena es sin duda la conformidad cristiana en los azares de la vida; pero desgraciadamente las acompañan, de un lado el demonio de la carne, y de otro, el temor á las penas eternas, tantas veces emocionante de modo patógeno. La historia me ha enseñado que los pueblos mas religiosos con tal que sean, como es frecuente los mas ignorantes, son los más emotivos, y mi propia observación me demuestra lo mismo en la sociedad española, donde las mujeres cuya instrucción se descuida y se sustituye con una religiosidad exagerada, son mucho más emotivas que los hombres, y las regiones dominadas por el clero, pagan un tributo mucho más pesado á las enfermedades de origen emocional que las regiones, acaso menos

religiosas; pero de seguro más instruídas. Sospecho que lo mismo sucederá en Alemania.

El incremento indudable de las psicopatías, reconoce otras causas que el descreimiento en las cosas de la otra vida predicadas por las religiones. Pueden concretarse en esta frase: el recrudecimiento de la lucha por la existencia y las mayores dificultades de esta lucha por la concurrencia y las mayores necesidades de una vida más perfecta y más prolongada que la de nuestros antepasados,

La instrucción: he aquí en mi opinión el único remedio profiláctico de las emociones patógenas.

Je suis complétement d'accord avec le Dr. Pregowski sur l'importance étiologique des diminutions des sécrétions cutanées et même de la respiration par cette voie, et sur l'importance thérapeutique du rétablissement de ces fonctions.

Je crois aussi à la possibilité d'une auto-intoxication par ce mécanisme, dûe à son origine à un spasme des vaisseaux cutanés occasionné par l'émotion dont l'action peut-être s'étend d'une manière directe à la nutrition et aux sécrétions de la peau. En substituant l'action étiologique de l'émotion par l'action anémiante et neurotrophique directe du froid humide et prolongé, nous nous trouvons avec le mécanisme pathogénétique des manifestations rhumatismales parmi lesquelles il faut placer probablement celle qui est appelée neurasthénie périodique.

El Dr. Loza ha hecho una serie de afirmaciones graves que debo examinar con algún detenimiento:

Es la primera que para realizarse la acción del agente emocionante es indispensable la emotividad ó sea la predisposición emotiva en el sujeto influído.

Es la segunda que la predisposición por sí sola jamás producirá enfermedad alguna.

Es la tercera, aunque ésta no esté muy clara, que las emociones patógenas sólo ocasionan la locura y que la locura, previa la predisposición psicopática, es siempre de origen emocional.

Y es la cuarta y última que la emoción es siempre un fenómeno patológico.

A la primera contesto que el máximum de inmunidad vital contra la acción de las causas morbosas corresponde á la salud perfecta; y como la salud perfecta, según el acuerdo de todos los biólogos, es un ideal irrealizable, resulta que todos los seres humanos somos más ó

menos emotivos, que todos tenemos más ó menos predisposición para recibir las acciones emocionantes.

A la segunda he de oponerle la verdadera doctrina sostenida por su protector y maestro, el Dr. Letamendi. de grata memoria, al que parece no haber entendido bien. Este combatió con éxito la idea de causas predisponentes y la sustituyó con el hecho de enfermedades predisponentes.

Si el Dr. Loza acepta, como no puede por menos y como indica en su relato, el que la predisposición psicopática es una enfermedad ya constituída, puesto que la llama debilidad cerebral y las debilidades permanentes caen fuera del fisiologismo, tiene que convenir en lo erróneo de su afirmación, rectificándola en el sentido de que basta el incremento de la enfermedad predisponente para transformarla en verdadera psicopatía, sin influencia exterior de ninguna clase agregada á las primitivas causas del mal predisponente.

Con los progresos de la edad y la decadencia natural de las energías vitales, basta y sobra para que tal transformación se realice. Por lo demás sabe bien el Dr. Loza, de ello estoy seguro, que ni las emociones patógenas ocasionan solamente las locuras, ni todas las locuras son de origen emocional, ni los estados emocionales son forzosamente patógenos. Lo son cuando lo son; pero no lo son siempre y al contrario; hay por fortuna estados emocionales muy agradables, muy tónicos y de tal energía terapéutica, que para sí la quisieran los mejores agentes farmacológicos.

Maintenant nous allons traiter une question beaucoup plus importante: la question de savoir si la paralysie générale progressive peut ou non être d'origine émotionnelle.

Après avoir admis l'étiologie psychique, le Dr. Bombarda nous a dit: «Mais pour que l'on arrive à conclure une influence telle, que la paralysie générale puisse avoir sa source dans les émotions, il faut une observation, d'une telle authenticité, dans les plus minces détails, que la conviction s'impose. Un tel fait ne s'est jamais présenté. La paralysie générale, tout le proclame, n'est que la syphilis».

Le Dr. Brissaud a sontenu cette dernière conclusion avec plus de force encore, puisqu'il n'admet même pas, qu'une observation ultérieure puisse la modifier. Et le Dr. Diaz Delgado qui l'a appuyé aussi, laisse bien, dans un «peut-être», percer ses doutes sur la question de savoir si cette même paralysie générale ne pourrait pas être occasionnée par l'alcoolisme et l'arthritisme, cette dernière étant une maladie qu'il lui serait impossible de définir.

La nature syphilitique de la paralysie générale n'a que deux fondements: l'existence fréquente, mais point constante, de la syphilis dans les antécédents morbeux des personnes qui en sont atteintes, et le sophisme du *post hoc, ergo propter hoc.*

On pourrait ajouter un troisième argument, la routine.

Quand un médecin, auquel on accorde une certaine autorité écrit et publie une hypothèse quelconque, quoiqu'elle ne soit ni motivée, ni soutenue par aucun fait positif, les esprits critiques paresseux, qui sont légion, l'acceptent sans examen et la laissent circuler et la perpétuent dans les livres et les autres moyens de divulgation.

C'est ainsi qu'il est arrivé avec la malheureuse idée de l'artrhitisme, et il arrive ainsi avec la non moins malheureuse affirmation que «la paralysie générale n'est que la syphilis».

Voici une observation, récemment recueillie dans mon Sanatorium, qui peut servir de modèle et d'exemple parmi les observations qui ont engendré la doctrine exclusive exposée par les docteurs Bombarda et Brissaud. Un ingénieur des mines contracta la syphilis lorsqu'il était étudiant, à 18 ans. Il en soufrit les troubles correspondant aux périodes appelées chancreuse et condylomateuse dans un espace de temps qui d'après lui et sa famille, ne dépassa pas deux ans. Au bout de ce temps, son mal ayant été plus ou moins bien soigné, il ne se présenta aucune perturbation attribuable à la syphilis ni à une autre maladie. Il jouit, en effet, longtemps d'une santé excellente. A 24 ans il devenait ingénieur et il alla exercer sa profession à certaines mines de plomb, dans la province d'Almeria. A 26 ans il se maria dans cette ville, et, un an ou deux après, il eut une fille qui de même que sa femme, se portent bien.

Il continua à travailler comme ingénieur jusqu'à trente-huit ans. A ce moment se présèntérent les premiers symptômes de la paralysie générale, c'est à dire vingt ans après avoir contracté la syphilis et 18 ans après que tous ses symptomes eurent disparus. Deux ans plus tard il entra dans ma maison de santé où il est mort, il y a peu de temps.

Cette paralysie générale était-elle syphilitique? Les Docteurs Bombarda, Brissaud et Diaz Delgado, l'affirmeront, saus hésiter un instant. Je me permets de le nier énergiquement. Ce malheureux ingénieur, quelques jours avant d'avoir aperçu les premiers symptômes de son mal inexorable, souffrit l'émotion terrifiaute de se voir enseveli dans une galerie des mines qui étaient sons sa direction. On le sortit, à moitié mort des décombres, quoique saus aucune contusion, avant l'accident il se portait très bien. Marié depuis 12 ans, il n'avait

pas transmis la syphilis à sa femme, et sa fille, n'en présentait aucune manifestation. Quelle syphilis était-ce donc?

Le Docteur Brissaud nous a rapporté un cas tout à fait semblable, sur un médecin de Paris, chez lequel il réussit à trouver qu'il avait eu la syphilis longtemps avant, mais si longtems que le malade même le niait, peut-être pour ne pas s'en souvenir. Je crois que si le Dr. Brissaud avait recherché avec persévérance les causes émotionnelles de son malade, s'il les avait cherchées jusque dans les intimités cachées de la vie privée, où se déroulent fréquemment des drames terribles (il n'en paraît au jour que le suicide ou la folie paralytique ou autre), sa conviction ne serait pas à présent si profondément enracinée.

Enfin, le Dr. Galiana, médecin, pendant d'assez longues années de la maison de santé du Dr. Esquerdo, que vous aurez tous admiré, nous a déclaré dans son excellente communication qu'il n'a pas toujours trouvé la syphilis parmi les antécédents pathologiques des paralytiques généraux de cet établissement. Il nous a même rapporté un cas bien instructif, d'acquisition de la syphilis par un sujet qui avait déjà souffert la mégalomanie paralytique, les tremblements et la difficulté de la parole. Est-ce que ce malade eut la syphilis deux fois? Ce sera un cas presque unique dans l'histoire.

De toutes manières le Dr. Galiana, clinicien avant tout, n'est pas exclusiviste et il fait bien.

Pour ma part, sans refuser toute intervention étiologique á la syphilis dans la genèse de la paralysie générale, intervention qui est fort éloignée de l'action pathogénétique exclusive et directe, comme je l'expliquerai tout-à l'heure, je suis convaincu que les émotions dans la dite patogénie, jouent un rôle aussi grand ou plus important que la syphilis. Vous me rendrez la justice de croire que cette conviction est née et s'est fortificé dans la clinique, d'où partent toutes mes convictions en Médecine. Mais le rapport des faits, avec le détail minutieux que demande le Dr. Bombarda, ne donnerait pas plus d'autorité à mes affirmations qui, je le reconnais, ne peuvent en avoir qu'après avoir été confirmées par d'autres observateurs, pratiquement. L'objet de ma communication est atteint, par conséquent, par elles seules. Cette dernière n'a point été présentée par moi comme un chapitre de dogme. En le faisant, je n'ai eu d'autre prétention que d'attirer votre attention sur les choses qu'elle contient et les livrer à vos confirmations et à vos critiques.

Je vous prie seulement de me pardonner certaines préférences sur la question débattue. En les exprimant, je suis bien loin de vouloir ra-

baisser votre savoir. Mon unique préoccupation est de donner un fondement rationnel à mes convictions après les avoir assises sur les faits.

Au point de vue anatomique, la paralysie générale est une irritation diffuse de l'écorce cérébrale, qui s'étend bientôt à tout le système nerveux, mais qui, suivant les meilleures observations nécroptiques, commence par l'armature conjonctive, périvasculaire et interstitielle de la dite écorce, comprenant la pie-mère, dont les adhérences aux circonvolutions sont constantes. Cette irritation conjonctive, proliférante et adhésive d'abord sclérogène et atrophique ensuite, s'étend plus ou moins vite aux éléments néurogliques et nerveux sous des formes atrophiques, dégénératives et même ulcéreuses, et, à considérer de pareilles lésions dans leur ensemble, macroscopique et microscopique, elles n'offrent aucune analogie avec celles qui sont de nature syphylitique, représentées principalement dans les périodes avancées de ce mal, par le granulôme gommeux circonscrit, qui peut aussi se localiser dans le cerveau en donnant des symptômes de foyer étrangers à la paralysie générale progressive. De telles différences anatomiques et autres, évolutives surtout, ajoutées à la non inoculabilité de cette dernière affection, inspirèrent à Fournier l'idée et le nom de parasyphilis, considérant la paralysie générale et certaines médulopathies comme ses expressions les plus pures. La paralysie générale fut dès lors, non plus une affection syphilitique, non la syphilis, comme le veut le Dr. Bombarda, mais une affection parasyphilitique, la parasyphilis, espèce morbide nouvelle dont les rélations avec la syphilis sont completement illusoires, puis qu'elle n'est ni inoculable, ni curable par le traitement antisyphilitique.

Au point de vue étiologique, Jeanselme par ses observations en Indo-Chine, a démontré que si la syphilis est très fréquente chez les individus de race jaune, habitants de ces régions, le tabes et la paralysie générale y sont inconnues. Scherb en Algérie a observé le même phénomène chez les Arabes, tandis que la paralysie générale est fréquente chez los Juifs. Magnan et P. Garnier ont mis hors de doute l'influence décisive de l'alcoolisme dans beaucoup de cas de paralysie générale, absolument indépendants de la syphilis. D'autres auteurs ont reconnu et démontrée la même influence dans le saturnisme, la pélagre, la goutte, le diabète, l'excès de fonction cérébrale, les émotions (E. Dupré), dans les infections (P. Marie), dans le rhumatisme (Pièrrec), dans le paludisme (Obersteiner). Et d'autres enfin dans l'hérédité névropathique et toxique (hérédo-alcoolisme, Joffroy).

Suivant ces données, nous sommes très loin de pouvoir dire, com-

me le disent les Dres. Bombarda et Brissaud, que la paralysie générale n'est autre chose que la syphilis.

Il nous paraît plus juste de dire, avec Dupré, que la paralysie générale est anatomiquement un procesus diffus provoqué por une impregnation toxique diffuse de l'encéphale, assimilable, comme certaines hépatites et néphrites toxiques, aux processus histopathologiques diffuses que provoquent dans les viscères les intoxications sanguines; et avec Sérieux et Farnarier, que la paralysie générale est une affection, non parasyphilitique, ni même parainfectieuse, mais une affection paratoxique.

Et comme je suis parti de ce fait, qui me semble démontré, que toute émotion pathogéne est anatomiquement une auto-intoxicación cérébrale, mes éminents contradicteurs peuvent voir, commeut, en outre des arguments que me fournit ma pratique, et mes propres investigations cliniques et de laboratoire, je soutiens l'origine émotionnelle de la paralysie générale, sans nier les autres causes, avec l'appui de nombreux et très respetables observateurs.

Unas pocàs palabras para concluir, al Dr. Ots y Esquerdo: La invalidez mental que señala como causa principal, sino única, de las psicopatías, debe provenir de algo y este algo, causa primera de las psícosis, no ha tenido á bien indagarlo. De haberlo hecho, se hubiera encontrado con la emoción patógena muchas veces, como me he encontrado yo mismo y como se han encontrado otros muchos observadores cuyas prácticas valen, por lo menos, tanto como la del Dr. Ots y Esquerdo. Por lo demás, lamento que su psicoterapia siga siendo la de los alejandrinos, sin perjuicio de envidiarle su formulario farmacológico, hidroterápico, etc., curativo de la mayor parte de las frenopatías. En bien de la humanidad asilada en los Manicomios y de los locos que andan sueltos debe publicarlo.

COMMUNICATION

ABULIA PÓST-HIPNOTICA

por el Dr. VICENTE OTS Y ESQUERDO (Madrid).

La sugestión hipnótica ha tenido en todo tiempo sus experimentadores entusiastas, sus detractores y sus indiferentes ó eclécticos. Mi filiación radica entre los últimos.

No he de hacer su historia ni menos me ocuparé de sus fundamentos científicos, ya que son de todos conocidos, gracias principalmente á la divulgación de las enseñanzas de las escuelas de *Salpetrière* y *Nancy*.

Mi propósito se circunscribe á someter á la consideración de la sección tres fracasos que he registrado en el empleo del hipnotismo; y los llamo fracasos por haber originado este proceder terápico una ostensible *abulía*, responsables en mi opinión de sensibles consecuencias.

El secreto profesional y el respeto á los enfermos, me obliga á velar y desfigurar los dos primeros casos, no así el tercero, en virtud de la publicidad extraordinaria que tuvo en la población donde ocurrió, la cual ampara esta publicidad científica.

Hace años traté á una joven histérica atormentada por la obsesión de no poder hablar con ningún hombre, porque su presencia le ocasionaba una turbación repulsiva y acceso emotivo de angustia. Agotada la medicación farmacológica sin resultado, apelé á la sugestión hipnótica y desapareció la obsesión; pero un año después volvió á mi consulta con una expresión fisognómica, que más parecía la de una imbécil, y un embarazo de siete meses. Por toda explicación del tropiezo sufrido, me refirió «que siete meses antes, al subir una noche á su casa, se encontró en la escalera con un vecino casado, que la abrazó, la levantó los vestidos y cumplió un acto fisiológico». A mis observaciones acerca de la defensa de su honra, contestó con expresión de memez que consideraba sin importancia para su reputación dicho percance.

Por la misma época trataba á otra histérica que llevaba diez años casada; no había tenido hijos y acaso, por su belleza física, fué á menudo asediada por numerosos pretendientes, á quienes siempre rechazó, efecto de ser una verdadera anafrodisiaca y tener una anestesia vulvo-vaginal. Para curarla varias manifestaciones histéricas, empleé

varias veces la sugestión hipnótica, con buen resultado. Algunos meses después me enteré confidencialmente que esta histérica tenía un querido, y sorprendiéndome el hecho, dada su honradez acrisolada y su arraigada indiferencia hacia el acto genésico, procuré interrogarla, sorprendiéndome no poco su confesión de haber accedido á las reiteradas solicitaciones de H. hacia el cual no sentía afecto alguno, porque mostró la atención de obsequiarla con valiosas joyas.

En el tercer caso puedo ser más explícito. Trátase de la histérica, cuya historia clínica publiqué en Febrero de 1902 en la *Correspondencia Médica*, de Madrid, bajo el epígrafe de «*Histerismo convulsivo*», y que fué reproducido por varios periódicos profesionales (1). Esta joven, de veintidos años y soltera, sufrió un violento acceso convulsivo histérico á consecuencia del traumatismo moral recibido al verse sorprendida por un individvo que, revólver en mano, intentó deshonrarla.

Para terminar el estado cataléptico en que se encontraba cuando la visité por primera vez, hube de recurrir al hipnotismo, y después volví á emplearle, para desterrar la obsesión del recuerdo del atentado. Como manifiesto en dicho trabajo, esta joven tenía un himen redondeado, y por lo tanto, era vírgen. Hoy debo añadir que en esta época sostenía relaciones amorosas con un oficial de la marina mercante, al que decía querer entrañablemente, con el cual se escribía con frecuencia y con quien esperaba casarse bien pronto.

Tres meses después de la curación de sus accesos histéricos, y durante el carnaval de 1902, acudió con unas amigas á una reunión, y allí la invitó á bailar un individuo á quien conocía de vista y le constaba estaba casado, el cual la propuso dar un paseo, y accediendo á esta petición, se dejó llevar á una fonda donde vivió cuatro días maritalmente con dicho sujeto.

Cuando la madre de esta histérica conoció el paradero de su hija, se hizo cargo de ella para recluirla en el convento de adoratrices. Como aquí se reanudáran los ataques histéricos, fuí solicitado de nuevo para medicarla, y al visitarla, sorprendióme la impasible indiferencia con que relató su fuga del baile, el nulo afecto que sentía, ni tuvo hacia su seductor, el ningún pesar por la imposibilidad de ver realizada su proyectada boda y la dócil sumisión con que aceptaba la austeridad rígida y mortificante del convento. La reconocí entonces, y aprecié una rasgadura única y perpendicular del hímen que llegaba hasta la fosa navicular.

(1) *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, *Revista Ibero-americana de Ciencias Médicas*, *Gaceta Médica del Norte*.

Estos tres casos prácticos evidencian por modo claro que el hipnotismo no es tan inofensivo como proclaman sus entusiastas prosélitos, puesto que ha ocasionado una debilitación ostensible de la voluntad, rayana en una verdadera *abulía*, y por consiguiente, imponésenos de aceptar esta enseñanza clínica, una restricción en el empleo de este recurso psíquico hasta tanto conozcamos el medio de evitar estas funestas consecuencias.

Como hasta el presente solo he leído en la bibliografía hipnológica sumarísima indicación acerca de esta consecuencia volítiva, sin razonarla, ni explanarla, he creído de utilidad práctica someter á la consideración del Congreso estos tres casos de *abulía post-hipnótica*, para que los convencidos partidarios de la psicoterapia nos digan el modo de evitar este trastorno volítivo.

Discussion:

Dr. EMILIO LOZA (Madrid): En muchos casos que ha tratado por el hipnotismo y sugestion no ha observado perturbación ni somática ni psíquica consecutiva. No es tan entusiasta de este tratamiento como el Dr. Sánchez Herrero que tan brillante experiencia tiene. Pero los casos aducidos por el Dr. Ots á su juicio no prueban lo que su ex positor pretende. Para ser demostrativos hubiera sido necesario:

1.° Que las enfermas no presentaran abulia antes del tratamiento pues notorio es que esta decadencia de la voluntad ocurre casi en todas las histéricas.

2.° Que hubiera descrito cuáles fueron las prácticas hipnóticas empleadas y su intensidad y eficacia.

3.° Que hubiera demostrado sin duda alguna que sólo á consecuencia del tratamiento se presentó esa perturbación de voluntad.

Y 4° Que el trastorno de ésta no era unilateral, sino que abarcaba gran parte del campo volitivo.

Como nada de esto resulta de su comunicación, me permito creer que todas sus enfermas eran abúlicas como histéricas, antes y después del tratamiento y tocadas de degeneración mental de carácter andromaniaco.

Dr. MIGUEL BOMBARDA (Lisboa): Je ne suis pas d'accord avec Mr. Ots. Si j'ai compris ce qu'il a dit, la suggestion ne produirait un effet que lorsqu'elle est harmonique avec les sentiments et le caractère du malade. Il y aurait une suggestion à poil et une suggestion à contre-poil, celle-là efficace, celle-ci impuissante. Je ne le crois pas.

L'hystérie est l'instabilité et l'hystérie est surtout l'aboulie. La suggestion est toujours efficace lorsque l'hystérie est nette.

Je crois aussi dans les dangers de l'hypnotisation. C'est sûr pour moi qu'on n'arrive jamais à faire disparaître un symptôme hystérique sans qu'il vienne un autre le remplacer immédiatement. Le phénomène du transfert est bien plus général qu'on ne le croit. Eh bien, le danger est là. Car on ne sait jamais ce qu'il va arriver et sur quelle fonction va se porter le coup vicariant. En outre il y a des malades si affaiblies, si impuissantes qu'on en dirait du verre. Je crois que l'hypnotisation dans un tel état ne ferait que courir des grands dangers à la malade. Pour moi je ne l'ai jamais essayée dans de telles conditions.

CONTAGION DU CRIME PAR LA PRESSE A BUENOS AIRES

par Mr. RAMON PACHECO (Buenos Aires).

Messieurs:

La Republique Argentine est un pays d'immigration et Buenos Aires est aujourd'hui une très grande ville de neuf cent mille habitants, la deuxième de race latine après Paris, comme population.

Là se rendent des hommes pour s'y livrer au travail sur et rémunérateur, sous la tutelle des lois parfaitement liberales et hospitalaires envers l'étranger qui est mis sur le même pied que les nationaux.

Malheureusement avec les travailleurs arrivent parfois des gens que les nations d'Europe, rejetent dans les pays lointains pour les empêcher de nuire, en les considérant comme la lie et le rebut de leurs societés bien administrées.

Quelques uns de ces individus, sans foyer et sans patrie qui arrivent denués de toute ressource, parviennent à se corriger et à se faire une position dans la vie. Mais d'autres incapables de travailler parce qui'ls sont abouliques et dégénérés, dans un pays où le travail ne manque pas, sont forcément des élements mauvais qui vivent en vagabonds et finissent par le vol et le meurtre.

Un des agents les plus importants pour mettre leurs défauts à l'épreuve, est sans doute la presse.

Notre presse s'est développée depuis vingt ou trente ans d'une manière extraordinaire et nous avons des journaux avec des services telégraphiques si complets, qu'ils nous mettent au courant de tous les

gros événements du vieux monde à l'heure même ou ils se produisent à cause de la différence de latitude.

Nos gros journaux ont en outre, d'excellents correspondants étrangers qui s'appelent en Espagne, Valera, Núñez de Arce, Palacio Valdés, Manuel del Palacio et jusqu'a sa mort le très regrétté Castelar; en France, Flammarion, Houssaye, Prevost, Coppée, Jules Claretie, François de Nion, en Italie, d'Amicis, Ferrero et d'Anunzio, en Allemagne, Nordau.

Nos collaborateurs nationaux sont légion et leus noms ne vous apprendraient rien car nous irions trop loin et vous ne nous connaissez encore qu'imparfaitement, mais sachez que de beaux esprits commençent à s'affirmer et que peut-être un jour leur renommée franchira l'Atlantique.

Tout cela fait que notre presse soit aujourd'hui excellente et toutes les grandes questions qui agitent l'humanité sont discutées avec hauteur et compétence.

Malheureusement toute médaille a son revers et pour satisfaire les nombreux souscripteurs des basses classes de la société, qui n'achetent leur journal que pour y lire les chroniques criminelles, nos journaux doivent leur y consacrer une large place.

Là vous y trouverez avec des excellentes images à l'appui, tous les méfaits que les criminels réalisent avec force détails et la lecture des journaux est parfois une véritable charie du vol et de l'assassinat.

Toutes les espèces y sont étudiées. Le vol simple, le vol avec rupture et effraction, les homicides, les suicides, les vols et les attentats aux moeurs.

Les mots de l'argot qu' emploient les criminels y sont cités avec complaisance, les longues biographies des assassins, accompagnées de leurs portraits. Des photographies des victimes, du lieu du crime avec plan détaillé, de leur arme meurtrière, les résultats de l'examen médico-légal, autopsie et examen chimiques des viscères. Tout, tout y est.

Imaginez comment ces descriptions agiront sur les cerveaux desequilibrés des dégénérés qui pullulent dans les grandes villes.

Nous avons eu l'an passé un cas de suicide très curieux où la contagion par la presse est evidente.

Un employé d'une compagnie de transports urbains se rend aux bureaux d'une entrepise des pompes funébres, commande un service de deuxième classe pour un ami qui vient de mourir à ce qu'il dit. Il donne son propre nôm et domicile, commande des lettres de faire part, s'en va tranquillement chez lui et se tire un coup de pistolet dans

la région temporale qui le tue sur le champ. La nouvelle fut longuement commentée dans tous les journaux.

Deux mois après un officier atteint d'une sérieuse maladie, faisait un stage à l'Hôpital militaire, il est frappé et seduit par ce fait et un beau jour il s'adresse à une autre entrepise des pompes funébres et commande par téléphone un service avec les mêmes détails de lettres de faire part etc, etc, et se tue par le même procédé.

Les memes faits se produisent pour les meurtres que pour les suicides.

Il y a deux ans un amant tue sa maitresse à coups de marteau sur le crâne.-Comme le fait ne s'était pas produit de cette façon depuis longtemps, il fût très commenté dans la presse. Depuis lors, quatre faits semblables sont arrivés dans la seule ville de Buenos Aires.

Nous avons aussi une espèce de chevalerie qui ressemble un peu à la Mafia de Sicile, si bien décrite par le professeur Vaccaro de Rome dans les Arch. d'Antropologie Criminelle de 1901.—Ils ont leur point d'honneur spécial et ne se laisseront empoigner par les gendarmes, qu'après une lutte à main armée, en maniant leur couteau avec grande habileté.—Nous les appelons du nom des Juan Morerie, du nom d'un héros brigand, gaucho de nos pampas, qui a été poetisé comme le Rob Roy de Walter Scott, par un de nos romanciers populaires.

Ces cas sont aujourd'hui très rares, mais il suffit qu'il en apparaisse un seul, dont les faits sont commentés par la presse, pour qu'immédiatement on voit se reproduire le cas dans trois ou quatre provinces de notre vaste pays ambitieux de la gloire éphémère dont s'entoure le faux héros. Ainsi se comportent à Paris, les Apaches, les Terreurs de Belleville et les invincibles de St. Forgeau.

Ces cas de contagion par la presse sont universels et les classes illustrées de la société sont friandes de récits criminels et la presse de toutes les nations s'empresse de donner les informations les plus étendues. Cela n'empêche pas que dans les milieux ou les dégénérés pullulent, ces faits font beaucoup plus de mal qu'ailleurs et à Buenos Aires j'ai bien eu l'occasion d'en avoir la preuve.

D'autres bien plus autorisés que moi, s'en sont occupés déjà, comme Paul Garnier au Congrès de Bruxelles en 1892 et Aubry dans son excellent ouvrage sur la contagion du meurtre.

J'ai pu faire qnelque chose dans mon pays pour la prophylaxie de cette plaie sociale et c'est ce que je tiens à vous faire connaître.

En premier lieu j'ai pris le taureau par les cornes et suis allé combattre la presse, dans les colonnes de la presse elle même, au móyen de divers articles, publiés dans le journal «El Tiempo».

Ensuite étant député à la Chambre Legislative de B. Aires, j'ai presenté en Mai 1895 le suivant projet:

Art. 1° Il est défendu aux bureaux publiques, judiciaires ou de police, de donner pour leur publicité des détails sur les crimes, sauf dans les cas ou l'ordre soit donnée par le juge de la cause.

Art. 2° Communiquez et publiez.

Je crois cette loi excellente pour éviter le mal au possible et dans les cas ou la presse soit réellement utile pour la recherche du criminel ou tout autre objet, le juge peut ordonner de faire toutes les publications utiles à la justice.

Discussion

El Dr. RODRIGUEZ MORINI propone á la Sección que acuerde haber visto con gusto el trabajo del Dr. Pacheco sobre *El contagio del crimen por la prensa* y solicita del Congreso en pleno adopte el acuerdo de protestar contra los relatos emocionantes y detallados de los crímenes célebres, invitando á los periódicos de gran circulación á suprimirlos de sus columnas.

LA DISCIPLINE PSYCHOMOTRICE

par MM. **BRISSAUD** et **HENRI MEIGE** (Paris).

La discipline psycho-motrice est une méthode de traitement qui a pour but la correction des troubles moteurs. Elle tend à supprimer les actes automatiques intempestifs, et à les remplacer par des actes corrects, utiles, voulus et réfléchis.

Pour parvenir à ce résultat, il ne suffit pas d'employer des exercices gymnastiques exécutés passivement par le malade. Il faut en outre exiger de celui-ci sa participation active dans l'exécution des actes commandés: l'écorce cérébrale du sujet doit intervenir à tout instant.

La discipline psycho-motrice peut corriger les mouvements habituels excessifs ou intempestifs, les attitudes et les immobilisations vicieuses.

Elle trouve donc ses applications dans un grand nombre de maladies. Les auteurs l'ont employée avec succès dans toutes les variétés des «Tics«, tics du visage ou tics des membres. Elle n'est pas moins

utile pour les affections qualifiées de «*crampes fonctionnelles.*» Dans les troubles du langage, tels que le *bégaiement*, elle a donné aussi d'excellents résultats.

La discipline psycho-motrice, est appelée à rendre service aux *ataxiques*. Il ne suffit pas, en effet, d'enseigner à ces malades une série d'exercices méthodiques; il est nécessaire d'exiger d'eux, une participation active à leur exécution, ils doivent en comprendre le but et en connaître la portée.

La même méthode est applicable aux sujets atteints d'affections paralytiques. Rien ne saurait être plus préjudiciable pour un hémiplégique ou un paraplégique que de se confiner au lit. Il faut lui enseigner une foule de mouvements, que souvent il se croit incapable de faire, tandis qu'en réalité, il arrive à les exécuter après un certain temps d'entraînement.

Un grand nombre «d'Impotences musculaires» ne sont souvent que des «Ignorances musculaires». C'est en donnant aux malades l'éducation qui leur fait défaut que l'on arrive à corriger la plupart de ces accidents.

La discipline psycho-motrice n'est pas moins profitable aux sujets, qui, par suite d'un trouble mental, se croient dans l'impossibilité d'exécuter certains actes, ou, inversement, se croient obligés de répéter continuellement certains autres. Les «obsedés moteurs» en bénéficient largement.

La discipline psycho-motrice est donc à la fois une éducation de l'esprit et du mouvement, de l'idée et de l'acte. Elle tend à supprimer les habitudes nuisibles et à instaurer des habitudes utiles; elle vise à la suppression de l'automatisme, lorsqu'il est préjudiciable, et à son remplacement par des actes normaux volontaires et réfléchis. Elle est basée, comme toutes les éducations, sur la répétition des mêmes actes moteurs; mais elle exige aussi la répétition des efforts volontaires du sujet en vue d'exécuter l'acte prescrit.

Lorsque le médecin peut obtenir du malade sa part de *collaboration active*, on peut toujours espérer les meilleurs résultats de ce mode de traitement.

LE DIEU ASCLEPIOS D'ATHENES ET NOTRE DAME DE LOURDES

par Mr. ROUBY (d'Alger).

Les Dieux guérisseurs.

Dans toutes les Religions de l'Antiquité, il y eut des Dieux guérisseurs: puis, à mesure que les peuples élevèrent leur niveau intellectuel, ils laissèrent dans le bas fond de la crédulité humaine la croyance naïve en la vertu curative des Statues.

Les religions catholique et grecque moderne, dirigées par des clergés peu instruits, ont continué à pousser les fidèles aux pieds des images miraculeuses au lieu de les en détourner comme des fétiches; au contraire les cultes nouveaux, luthérien, calviniste et anglican greffés sur le vieux tronc chrétien, en renversant les autels de la Vierge et des Saints, démolirent du même coup leurs pouvoirs de guérir miraculeusement.

Dans l'Eglise romaine la Mère de Dieu a pris peu à peu le métier de guérisseur qu'elle n'avait pas dans les premiers temps de l'Eglise, ou du moins pas à un si haut dégré, et la Vierge de Lourdes, détruisant toute concurrence, même celle des sanctuaires les plus en renom, s'est crée un véritable monopole de miracles qui aujourd'hui s'étend sur le monde entier.

Le cercle historique.

L'histoire, a-t-on dit, au lieu de marcher en ligne droite, tourne dans le même cercle, ramenant après une révolution complète, les événements d'autrefois habillés de formes nouvelles, nous songions à cette comparaison en lisant un travail récent de Mr. Girard sur un Dieu guérisseur de la Grèce au temps de Periclès, le Dieu Asclepios, culte tellement identique à celui de Lourdes, que si ont transportait la Vierge de Massabielle dans le temple d'Athènes d'une part et d'autre part le Dieu d'Asclepios dans la grotte de l'Immaculée Conception, rien ne serait changé, ni dans la production des miracles ni dans la manière de les produire: mêmes céremonies grandioses, mêmes scènes de délire statique, mêmes maladies hystériques guéries par suggestion, mêmes ex-votos pendus aux fûts des colonnes, enfin même revêtissement des murailles par des plaques de marbre gravées d'hommages et de témoignages de reconnaisance.

C'est ce que nous allons démontrer.

Décadence des sentiments religieux.

Auparavant notons la décadence du sentiment religieux dans les deux cultes héllenique et chrétien. Dans les premiers siècles, c'est à Zeus, au grand Jupiter, que s'adressent les prières, c'est à lui seul que vont les élans de l'âme; c'est au loin dans les nuages que monte le *Sursum Corda.* Plus tard, on lui adjoint d'autres divinités, lesquels descendent de l'Olympe pour venir de temps en temps habiter parmi les hommes: dans certaines villes privilégiées elles ont une maison plus belle que les autres, au milieu de la côte: Minerve vient loger au Parthénon, Apollon dans le temple de Delphes et Vénus se délecte aux bosquets de Cythère.

Plus tard encore, la piété héllenique s'adresse à des divinités moins hautes, plus terre à terre, qui définitivament quittent l'Olympe sans esprit de retour: il en est ainsi d'Asclepios: c'est un Dieu familier, abordable, toujours prêt à recevoir la confidence des infirmités et des maux de chacun, toujours disposé à les soulager et à les guérir sans éclats de tonnerre aucuns.

N'en est-il pas de même dans la religion romaine? Ne voyons-nous pas aujourd'hui la piété catholique oublier le Père éternel trônant au fond du ciel pour ne s'occuper que de Mārie? Ne voyons-nous pas cette piété domestiquer pour ainsi dire les saints et la Vierge à son usage, mettre St. Antoine de Padoue en demeure de retrouver les objets perdus et faire prendre à l'Immaculée Conception le métier de médecin sans diplôme?

Que devient le *Sursum Corda* dans tout ceci? Combien avec ces dévotions nouvelles, nous en sommes loin, hélas!

Asclepios.

Qu'était le Dieu Asclepios?

Fils d'Apollon, Asclepios avait été, dit la légende, un médecin célèbre dans les temps historiques; il avait accompagné Jasson et les Argonautes en Colchide, et ressucité Hyppolyte que Phèdre dans un accès amoureux avait fait périr. Après sa mort, en raison des services rendus à l'humanité, Jupiter l'avait mis au rang des Dieux.

Il était le dieu guérisseur par excellence.

Les Romains, en l'empruntant aux Grecs, l'avaient débaptisé et en avaient fait le divin Esculape. On trouvera dans d'autres livres et dictionnaires, l'histoire fabuleuse de la vie de ce médecin: il serait oiseux pour notre thèse de la raconter ici.

Le temple d'Epidaure.

Comme ce Dieu était venu au monde sur le mont Tithion, près d'Epidaure, on lui éleva prés de cette ville un temple magnifique avec une statue d'ivoire et d'or, chef-d'oeuvre d'art.

L'Asclepion.

Athènes à son tour voulut en son honneur bâtir un temple d'une grande magnificence, l'Asclepion (1). Le lieu choisi fut le versant méridionnal de l'Acropole, sur deux terrains superposés; de là la vue s'étend jusq'aux eaux bleues du golfe de Phalère jusqu'a Egine et son Temple et aux montagnes lointaines de l'Argolide barrant l'horizon. Abrité des vents du Nord par le haut rocher, exposé aux rayons chauds du soleil, baigné dans un air d'une extrème limpidité, le temple par sa situation, était merveilleusement propice à ceux qui venaient y chercher un rémède à leurs maux. L'Asclepion se composait de trois parties principales.

1° La Grotte.
2° Le Temple.
3° Les Portiques.

Nous allons succesivement parler de chacune de d'elles.

La grotte.

Une grotte creusée par la nature dans le roc vif de l'Acropole, renfermait une source qui s'échappait de la cavité pour descendre en petite cascade et se jetter finalement dans le Fleuve Illisus.

Nous verrons plus loin le rôle important que pendant six siècles cette eau d'une exquise fraîcheur joua dans la production des miracles.

Mais il arriva un moment où les empereurs de Constantinople devenus chrétiens, transformérent les temples paiens en Eglises catholiques: la grotte d'Asclepios n'échappa pas à ces changements et devint une sainte chapelle. Les chefs du culte, Patriarche, Evêque ou Pope, savaient combien les coutumes religieuses sont tenaces et difficiles á déraciner pour ne rien changer aux habitudes du peuple et lui permettre de continuer ses pélérinages au même lieu du Dieu Asclepios. La preuve de ces faits nous est donnée par les restes des peintures religieuses datant du IIIe siècle que les fouilles ont mis à nu sur les parois de la grotte. Il se peut que l'eau de la source, indifférente au changement de Divinité, ait continué ses guérisons surnaturelles. L'histoire sur ce point est muette, mais comme il suffit de la foi paienne ou chrétienne pour produire le miracle, la chose est probable.

(1) En grec l'Asclepieion.

Le temple.

Non loin de la source, s'élevait le petit temple d'Asclepios: il avait été bâti au IVe siècle, avant notre ère, au temps de Périclès, en même temps sans doute que le Parthénon et les Propylées, ces magnifiques monuments qui les dominaient: aucune ruine d'un temps antérieur n'a étè retronvée.

Comme le plus grand nombre des temples grecs, celui-ci était de petite dimension-8,90 de long. sur 4,30 de large-destiné qu'il était á abriter la statue du Dieu, mais non la foule qui restait au dehors, sans craintes des intempéries, rares sous ce beau ciel: c'est autour et non dans l'intérieur du temple que se dressaient les nombreux autels pour les offrandes et les sacrifices.

La statue.

La statue d'Asclepios n'a pas été retrouvée et l'historien Pausanias qui nous décrit minutieusement celle d'Epidaure est muet sur celle d'Athénes. C'était probablement l'image d'un homme robuste à barbe touffue, avec tous les signes de la santé, tel qu'il est représenté dans quelques bas-reliefs découverts dans les décombres.

Asclepios et Hygie.

Asclepios avait plusieurs enfants et parmi ceux-ci la déesse Hygie dont la renommée médicale égalait presque celle de son père.

Comme là Vierge Marie est representée, soit seule en Immaculée Conception, avec un serpent sous ses pieds, soit portant partout l'enfant Jésus dans ses bras maternels, de même Asclepios est représenté tantôt seul avec un serpent enroulé autour de son bâton, tantôt ayant dans ses bras paternels ou à ses côtés la petite Hygie, sa fille. Curieuse analogie entre les deux guérisseurs, ancien et moderne que cette resemblance dans leurs images qui seraient complètes si les sexes n'étaient différents.

Le lit et la table sainte.

Dans le temple au dessous de la statue de Dieu étaient deux meubles; 1° le siège en forme de lit pour les repas, sur lequel on couchait une effigie du Dieu en bois peint: 2° la table sainte sur laquelle on plaçait le dos des animaux provenant des sacrifices, les gâteaux de miel et de fleurs de farine, les vins cuits avec la canelle, offrandes formant le menu du festin sacré.

Dans nos églises chrétiennes la sainte table existe encore, mais elle ne sert plus à faire manger un Dieu paien, elle sert à manger un Dieu chrétien.

Les Portiques.

Les Portiques formaient la troisième partie de l'Asclepion, sorte de galeries couvertes, largement aérées qui donnaient asile aux hôtes pasagers du sanctuaire. Il s'étendait entre la source et le temple sur deux rangers parallèles: l'un deux s'appuyait sur le rocher de l'acropole et avait trente mètres de longueur environ, le second en face était beaucoup plus étendu. Des ruines de magnifiques colonnes de marbre blanc éparses ça et là aident l'imagination á reconstituer ces bâtiments dans leur état primitif. C'est sous ses portiques, dortoirs sacrés, que les malades venaient attendre en dormant la cure de leurs maux.

Comparaison.

Tels sont les constructions qui servaient de cadre pompeux au culte d'Asclepios: si, revenus en France, nous jetons nos regards sur Lourdes, nous voyons que là aussi jaillit du recher une source sainte, que là aussi l'église sert d'abri à la statue de la Vierge Immaculée et que si les portiques n'existent pas comme à Athénes, ils sont remplacés par l'inmense explanade et sa double rampe où ont lieu en pleine lumière du soleil les faits de suggestion qui à l'Asclepion se passaient au milieu des sombres de la nuit.

Les ministres du culte. L'Iereus.

Un prêtre (l'Iereus), était le seul chef du culte, primitivement élu chaque année par le peuple, il resta plus tard quelques années en fonctions, et finalement les garda sa vie durant, sous la domination romaine.

Le prêtre avait l'autorité suprême dans le sanctuaire: il dirigeait les céremonies religieuses et veillait à ce que tout se passât selon les rites.

Quel était son rôle dans le traitement des malades étendus sous les portiques? Est-ce lui qui avait le rôle actif? N'avait-il au contraire qu'un rôle de surveillance et de constatation? Pour le second point la chose est certaine, il y avait à Athénes comme à Lourdes un bureau ou l'on notait les guérisons; plus elles étaient nombreuses, on le comprend, plus il revenait de gloire au sanctuaire et de bénéfices aux Grands Prêtres, et mieux aussi l'Asclepion était achalandé. Mais, nous le verrons, l'Iereus ne tarda pas à jouer un rôle très actif dans la production des miracles.

Le Grand Prêtre n'était pas médecin, pas plus que le curé de Lourdes ou l'Evêque de Tarbes. C'était au Dien et non aux hom-

mes que les malades venaient demander leurs guérisons, à Athénes au divin Asclepios, à Lourdes à l'Immaculée Conception. Si le Grand Prêtre avait étudié la médecine, chose possible, il jouait comme le docteur officiel de Lourdes un seul rôle, celui de relater les miracles, mais de même que celui-ci laisse à la Vierge Marie son métier de guérisseuse, l'Iereus s'effaçait devant Asclépios, seul chargé du traitement. L'Asclepion n'était pas un hôpital, mais un sanctuaire où des malades attendaient leur guérison, non du secours de la science humaine, mais de l'intervention d'une force celeste, c'est à dire d'un miracle. J'insistė sur ce point pour bien prouver que la similitude dans les moyens d'action est semblable à Lourdes et à l'Acropole.

Le Zacore.

Au dessous du prêtre était le Zacore, domestique chargé au début de tenir le temple propre, de l'entretenir et de le parer les jours de fête; la nuit venue, c'est lui qui passe sous le portique et éteint les lampes à l'heure sainte du sommeil. Plus tard, le Zacore monte en grade et laisse à des subalternes les soins de propreté; sa charge devient une dignité sacerdotale: c'est lui qui reçoit les pélerins, les installe sous les portiques, leur donne quelques soins préparatoires; c'est lui qui prépare la guérison par suggestion en racontant aux patients des cures merveilleuses, en leur donnant confiance en la puissance de Dieu, en les chauffant, en les entrainant, en les aménant au point où le miracle est possible.

Plusieurs Zacores servaient à cela; la charge était fort recherchée honorifique d'une part, de l'autre elle était avantageuse par les dons des malades reconnaissants.

D'autres personnes encore étaient attachées au temple sous le nom de Cléidouques, pyrphores, canéphores etc ; c'étaient les sacristains suisses et bedeaux de nos cathédrales.

Dans les grandes occasions, dans les processions par exemple, des associations religieuses, des confréries variées venaient se joindre au personnel du temple, apportant du dehors le mouvement tumultueux des foules et l'éclat coloré des bannières et des insignes religieuses, mélés à la blancheur de neige des vêtements aux larges liserés teints de pourpre ou d'azur.

Les serpents.

Pour compléter le personnel de l'Asclepion, il faut encore parler, bien que ne faisant pas partie de la famille humaine, des serpents et des chiens sacrés qui jouaient un rôle dans la production des miracles.

Dans la scène d'Aristophane, que nous citerons tout à l'heure, il est dit que le Dieu Asclepios avait avec lui deux serpents qui se glissèrent sur le malade et léchèrent ses paupières; d'autre part les statues d'Asclepios, de sa fille Hygie et plus tard d'Esculape à Rome, sont fréquemment représentées avec des serpents enroulés autour d'un bâton.

Il est probable que ce ne soit pas un mythe et que dans l'Asclepion, il y eut des couleuvres apprivoisées et dressées à accomplir certains actes qui, la suggestion aidant, pouvaient produire la cure de quelques maladies.

La couleuvre commune, revêtue de si belles couleurs, se laisse entortiller autour des bras et du cou, tourner et retourner en divers sens, sans donner aucun signe de mécontentement; elle paraît même avoir du plaisir à jouer ainsi avec son maître.

Une autre couleuvre très douce, très inoffensive, très familière, celle à collier, d'un gris bleu avec des bandes quadrilatères noires, s'accoutume si bien à son propriétaire qu'au moindre signe, elle s'entortille autour de lui et le presse mollement comme pour lui témoigner sa tendresse. Elle s'approche avec douceur de la bouche de ceux qui la caressent, suce leur salive et aime à se cacher dans leur vêtement. En Sardaigne les jeunes femmes élèvent les couleuvres leur donnant à manger elles-mèmes et les laissent circuler dans la maison comme des porte-bonheur. Les serpents de l'Asclépion pouvaient être de même apprivoisés au point de jouer un rôle important à certains moments décisifs.

Les chiens.

Outre les serpents, il est certain que les chiens jouaient eux aussi un rôle actif dans la cure des maladies, car dans les dépenses qui incombaient au temple et dont la liste nous a été conservée, s'en trouvent quelques unes concernant l'entretien et le dressage des chiens et des serpents, Mr. Reinach (Acad. des Inscr. 1er Août 1894) sur une stèle à Epidaure a traduit une inscription rapportant plusieurs cures surprenantes: or dans un passage, un enfant aveugle a été guéri par la langue d'un chien; dans un autre, on retrouve un chien léchant une tumeur de la tête et la guérissant, cela avait lieu pendant la nuit et les patients se figuraient avoir été léchés en rêve.

La vie à l'Asclepion.

Nous venons de dire ce qu'était l'Asclepion avec ses constructions, son Dieu et ses serviteurs; étudions maintenant ce qui s'y passait,

pourquoi les malades venaient dans ce sanctuaire, quels étaient les rites et les cérémonies qui produisaient les cures merveilleuses, miracles aussi retentissants autrefois que ceux de Lourdes aujourd'hui.

Nous résoudrons ces questions en prenant un malade à l'entrée, en le suivant pas à pas dans les divers bâtiments de l'Asclepion, et en étudiant le mécanisme de sa guérison. Nous nous servirons pour cette reconstitution des textes d'ecrivains anciens, Aristophane, Pausanias, le rhéteur Aristide, et des inscriptions retrouvées dans les feuilles.

Ce chapitre, les noms changés, pourrait être la relation d'un pélerin à Lourdes.

L'arrivée.

Les malades arrivaient à la porte de l'Asclepion accompagnés de parents, d'amis, d'esclaves; ils apportaient avec eux les offrandes, animaux, gâteaux et farines; quelques provisions de bouche, enfin des couvertures et des matelas pour le coucher nocturne, lorsqu'ils ne se contentaient pas des jonchées de feuillage étendues sous les Portiques.

Dans uns salle à l'entrée, le Cleidouque où d'autres employés prenaient leur nom, leur âge, leur domicile et inscrivaient les maladies pour lesquelles ils venaient implorer le Dieu. Plus tard, le Prêtre sur la même tablette notait la guérison si elle avait eu lieu. Le bureau des constatations à Lourdes fonctionne presque de la même façon.

Le bain dans les Piscines.

Les malades alors étaient conduits à la grotte et plongés dans l'eau de la source froide, d'aprés le recit d'Aristophane, par conséquent, par l'effet seul de sa température favorable au traitement de certaines maladie nerveuses.

Dans tout l'Orient, encore aujourd'hui comme symbole de la puretê de l'âme, il est d'usage de purifier son corps par des ablutions avant d'entrer dans le Temple pour y faire sa prière. Le benitier de nos églises est un souvenir de cet usage. Ce lavage est une mesure de propreté des plus hygiéniques, et certaines maladies produites par la saleté ont pu s'en trouver bien. Il nous souvient d'avoir rencontré dans les pays chauds des enfants dont les yeux jamais lavés attiraient des essaims de mouches; les larves et les excréments de ces insectés déposés sur les paupiéres disposent à des conjonctivites qu'un bon nettoyage dans l'eau pure font disparaitre.

Il est probable que des faits semblables ont du se produire souvent dans l'Asclepion, car les ex-votos rencontrés dans les fouilles étaient très nombreux. A Lourdes, pays froid, ils sont rares. Le bain faisait

partie tellement intégrante du traitement qu'à Epidaure, nous dit Porphyre (de Abst. anim. 11 XVII), étaient gravés ces mots à l'entrée: «Celui qui doit être admis ici doit avoir une âme pure». La cérémonie de la purification consistait à prendre des bains d'eau simple, minérale ou salée, suivant la nature de la source, accompagnés des frictions, d'onctions et de fumigations.

Mais d'autres maladies de nature nerveuse trouvaient dans les piscines leur curation immédiate. Le rhéteur Aristide nous en donne le détail «dans ses discours sacrés» modèle parfait des livres écrits sur Lourdes vingt siècles plus tard.

Il appelle la source, jaillisant au fond de la cavité, la servante de Dieu: «on s'y baignait, on la buvait, dit-il, elle était toujours efficace: l'été surtout la foule des fidèles, se pressait dans la grotte, se poussant, se bousculant comme essaim d'abeilles ou comme des mouches autour d'une jatte de lait. Quelquefois il fallait en fermer les portes pour empêcher les fidèles de s'y écraser.» Cette grotte est à Athénes, ne confondez pas! Aristide vivait au IIeme siècle de notre ére, non au XX ème, et comme vous pourriez le supposer, ce n'est pas de Lourdes qu'il traite! On peut s'y tromper, car dans la grotte de Massabielle se passent des faits semblables. Là sussi on se baigne et on boit une eau efficace, là aussi on se presse et on se pousse pour arriver avant les autres à tremper ses infirmités dans les piscines. C'est à croire que la grotte a été transportée de l'Acropole aux Pyrénées, semblable à cette maison de Nazareth qui fût portée un jour de Galilée en Italie et devint la Santa Casa de Lorette.

En traitant du mécanisme des guérisons dans les maladies hystériques on comprendra ce qui se passait autrefois à l'Asclepion, aujourd'hui à Lourdes; ces guérisons nous ne le nions pas, nous les expliquons. Ce que nous nions, c'est le miracle.

Les sacrifices.

Les malades au sortir des piscines étaient ramenés autour du Temple ou sur des autels retrouvés, grandes et petites, ils offraient à Asclepios des sacrifices et des offrandes: les riches, des taureaux et des génisses, les moins fortunés des moutons, des béliers et des porcs, les pauvres des pains, des figues et un gâteau fait de pur froment.

Les sacrifices dans l'antiquité faisaient partie intégrante de la piété humaine. Le Dieu, croyait-on réclamait cet hommage et n'accordait ses faveurs qu'à ceux-là qui le lui rendaient. Attribuant á Dieu des sentiments humains, on admettait qu'il devait être reconnaissant des dons offerts. Il y avait donc là une cause réelle de suggestion: «le

Dieu puisque je l'ai rendu heureux par un sacrifice, doit à son tour me rendre heureux en me guérissant.»

Le malade qui était entré dans le temple avec une foi ardente dans le pouvoir guérisseur d'Asclepios, qui se sentait purifié par l'eau de la Source, s'exaltait devant les autels où brulait une partie des offrandes, il chantait les péans, cantiques sacrés qu'il accompagnait d'ardentes invocations au ciel, un bras tendu en l'air, ou bien il répondait aux létanies récitées par le Prêtre, semblables à notre Rosaire.

Les processions.

Quelquefois des processions avaient lieu dans l'enceinte avec une grande majesté et un grand éclat; les confréries religieuses de la ville apportant leur contingent de personnes dévotes: certains jours de grande fête elles se déroulaient à travers de la Ville d'Athènes et se mélaient à d'autres cérémonies, celles par exemple qui accompagnaient la célébration des mystères d'Eleusis, en l'honneur de Déméter et de Côré. Dans ces fêtes les Epídauria, presque tout le peuple athénien se mêlait au grand drame mystique qui était joué pendant les trois jours sacrés.

D'autre fêtes encore, les heroas, avaient lieu en grande pompe, sans qu'on sache encore pour quel motif elles étaient celébrées.

Notons le rôle de la musique dans toutes ces cérémonies. Aristique, (orat. sac. quart.) nous dit que les prières étaient chantées en musique par des chœurs de vois accompagnés d'instruments, et Platon raconte que certains artistes étaient chargés spécialement de composer des hymnes en l'honneur d'Asclepios.

Ces manifestations extérieures éclatantes, au milieu d'une foule exaltée, clamant son enthousiasme en l'honneur du Dieu guérisseur, jouaient un rôle suggestif considérable et l'on comprend que des guérisons subites eussent lieu au passage de ces processions. «Les statues d'Asclepios, de Démeter et de Coré accompagnées de canéphores ou jeunes filles portant des corbeilles de fleurs et d'arrephores balançant des encensoirs, étaient portées d'abord à l'Asclepion, de là à d'autres Temples. Il y aurait là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans certaines de nos fêtes»: ces chapelles diverses par lesquelles on promenait les Divinités auraient été comme autant de reposoirs où l'on s'arrêtait pour offrir des sacrifices et prononcer des solennelles invocations... Les éphébes faisaient cortège à la procession, tous en armes et couronnés de myrthe: ils marchaient en bon ordre prenant part aux sacrifices et aux libations qui avaient lieu pendant la route, et chantant des pieux péans ou cantiques sacrés.

Les processions à Lourdes.

On sait qu'à Lourdes le passage de la procession est également une cause de grande excitation nerveuse: à ces moments les sens de certains malades reçoient des impressions à leur maximum d'intensité; dans ces conditions la suggestion se produit, naturellement la guérison subite peut se faire.

Ecoutons Mr. Lasserre à ce sujet: «Le temps était magnifique; le jeune soleil du printemps s'était levé et avançait dans un dôme d'azur que ne ternissait aucun nuage. A la haute tour de la paroisse, à toutes les chapelles de la cité, à tous les clochers de la ville, les bourdons, les clochers et les campaniles sonnaient à toute volée. Une procession immense allait de l'Eglise à la grotte de l'apparition: les confrèries portant leurs bannières, les corporations portant les croix, les enfants de Marie dont les traînantes robes avaient l'éclat de la neige, les sœurs de Nevers avec leur long voile noir, les filles de la Charité aux grandes coiffes blanches, les sœurs de St. Joseph enveloppées dans leurs manteaux sombres; les ordres réligieux d'hommes, les Carmes, les frères de l'Instruction et des Ecoles chrètiennes, des multitudes prodigieuses de pélerins, enfants, femmes, vieillards en deux interminables files serpentaient le long du chemin qui conduit aux Roches de Massabielle.»

«D'espace en espace, des chœurs de voix humaines et d'intruments faisaient entendre des fanfares, des cantiques, toutes les explosions d'enthousiasme populaire. En suite, fermant ce cortège inoui, s'avançait solennellement entouré de quatre cent prêtres en habit de chœur, de ses grands vicaires, et de dignitaires eclésiastiques, tres hauts et très éminents prélats, Sa Grandeur Monseigneur l'Evêque de Tarbes la mitre au front, revêtu de son costume pontifical, d'une main bénissant les peuples, de l'autre s'appuyant sur son grand bâton d'or...»

Les malades, les infirmes, les tuberculeux, tous ceux qui sont venus demander leur guérison, sont là échelonnés le long des rampes, en proie à une émotion indescriptible, à une ivresse statique: levant les deux bras au ciel, clamant: «Ste. Vierge, guérissez nous» pendant que des larmes d'amour courrent sur le visage enflammé du souffle de la foi.

A Lourdes c'est principalement à ce moment psychologique qu'ont lieu les guérisons de ceux que le bain dans la piscine n'a pas soulagé, mais que la suggestion peut encore guérir: c'est à cet instant précis que les paralytiques couchés dans leur petite voiture, exaltés par le spectacle grandiose, persuadés par la foi de tous ceux qui les entourent, certains que leur guérison demandée à grands cris ne peut leur être

refusee, se lévent tout à coup de leurs lits, jettent leurs béquilles et sont débarassés d'un des symptômes de leur maladie; c'est alors que la foule, chantant l'hossana et le Te Deum, accompagnent l'heureux miraculé au bureau de constatations.

L'Incubation.

A Athènes, c'est sous les Portiques et pendant la nuit surtout que les faits de suggestion et de guérison se produisaient.

Nous allons en parler.

On a désigné ce qui se passait sous les Portiques de l'Asclepion par le mot «Incubation». C'est un terme impropre: le mot grec *egcoimenos* et le mot latin *incubare* signifient; se coucher sur, en français le sens en a été étendu, puis détourné du sens primitif: incubation a signifié l'acte des oiseaux qui se couchent sur les œufs pour les faire éclore, puis le travail qui se fait dans l'œuf, pendant qu'il est sous l'aile de la mère, ici le mot incubation signifie «seulement le Coucher sous les Portiques.» Le malade qui était entré dans le Temple avec une foi entière dans la puissance d'Asclepios, qui se l'était rendu favorable, croyait-il par sa purification dans l'eau de la Source, par ses offrandes accompagnées d'ardentes prières, était conduit à la tombée de la nuit sous les Portiques et se couchait sur le lit de couvertures qu'il avait apporté; près de lui s'étendaient d'autres malades encombrant le vaste espace; quelquefois le place manquait et les malades s'éténdaient un peu partout, même entre les portes et sur les balustrades, même sous la lampe sacrée allumée devant la statue du Dieu, nous dit Aristide. C'est alors que la suggestion se complétait etarrivait au sommum d'intensité, pouvant amener le miracle.

La Prêtre arrivait dans un appareil pompeux et allumait les lampes sacrées, puis il chantait une prière pour appeler sur les suppliants la protection divine: dans un discours plein d'onction, il leur vantait la puissance d'Asclepios, leur racontait les miracles obtenus et leur annonçait que pendant leur sommeil le Dieu viendrait les visíter, leur apportant soit la guérison immédiate, soit la formule médicale capable de la produire. Tous devaient rester dans un silence religieux en attendant la venue du médecin céleste.

La Zacore alors traversant les Portiques, éteignaíent les lumières et invitaient les malades à s'endormir. Quelle était cette invitation au sommeil? Peut être un acte d'hynotisme, qui sans effet chez les sujets ordinaires, pouvait amener chez les hystériques le sommeil somnambulique pendant lequel la suggestion, comme on le sait, est capable d'un miracle immédiat.

Pour les autres, leur imagination, surexcitée par tout ce qu'ils avaient vu ou entendu la veille, le sommeil venu, reproduisait en songes les sensations éprouvées; alors le Dieu Asclepios leur apparaisait et leur indiquait par un signe ou par des paroles un traitement médical à suivre, un acte réligieux à accomplir, un don au sanctuaire à faire, toutes choses pouvant amener la guérison.

Souvent une nuit ne suffisait pas pour obtenir le songe révélateur, soit qu'Asclepios tardât à apparaître, soit qu'on ne fit pas le nécessaire pour mériter sa venue. Il fallait alors coucher plusieurs nuits sous les portiques. Philosastre raconte qu'un jeune assyrien étant venu consulter les Dieux, celui-ci le négligea longtemps, parce que il ne cessait de boire et faire bonne chaire.

Fourberie.

La nuit devait se passer sous l'obscurité silencieuse des portiques, dans un silence profond favorable au sommeil et aux songes révélateurs et ce n'était qu'en rêve que les Dieu venait visiter les malades et leur enseigner les dictames curables. Mais il semble que la fourberie vint se mêler bientôt au culte naif du debut, tel que nous venons de la décrire et agir d'une façon beaucoup plus intensive sur les croyances des fidèles.

Aristophane dans son Plutus nous fait supposer cette fourberie, mais comme il écrit dans un but comique et force la note vraie, on pourrait refuser sa narration, si d'autres auteurs, si l'historien Pansanias et le rhéteur Aristide entre autres, n'avaient raconté sérieusement les mêmes faits.

Le Prêtre déguisé en Asclepias, accompagné des Zacores, transformé en ses fils, paraissait sous les portiques laissant croire à la foule que le Dieu est venu, que le Dieu a exaucé les prières, que le Dieu a produit des guérisons.

Le réveil:

Le matin venu, grande surexcitation: si un malade se réveillait guéri «cela arrivait pour les affections de nature nerveuse» c'était grande fête sous les portiques, des félicitations sans fin et des cris de joie enthousiaste, pendant qu'on conduisait l'heureux miraculé au bureau de constatations. Ces guérisons merveilleuses étaient enregistrées sur des tablettes, puis gravées sur des plaques de marbre dont quelques-unes ont été retrouvées.

C'est le moment de reproduire une scéne curieuse du grand comique Aristophane qui dans une de ces pièces, jouée sur les théatres

Athènes, nous fait revivre, mieux que les historiens, la vie publique et privée de ce peuple hélénique qui venait s'instruire et rire tout à la fois à son école.

Dans son «Plutus» Aristophane nous introduit dans l'Asclépion et nous décrit d'une façon plaisante ce qui s'y passait: il a fallu que les découvertes de la Société archéologique d'Athènes, fit sortir des mines ammoncelées le plan de l'édifice, il a fallu qu'on déchiffrât les inscriptions des marbres pour que tout devint clair dans le récit du grand comique. Plutus, l'aveugle Dieu de la richesse, donne son or à travers, sa cécité l'empêchant de distinguer les honnêtes gens des mauvais. Si on pouvait lui rendre la vie, il réserverait toutes ses faveurs aux seuls bons. Asclépios seul est capablc de ce miracle. Si on lui conduit Plutus, il peut lui enveler sa cataracte pendant le sommeil sacré sous les portiques.

Chrémylos, un ami et l'esclave Carion, amènent le Dieu de la richesse au Dieu de la Médecine, emportant avec eux des couvertures pour la nuit, des provisions de bouche et des offrandes pour l'autel. Le lendemain l'esclave revient plein de joie raconter la guérison miraculeuse à la femme de Chremylos. Voici son récit:

Carion.

Dès que nous fûmes arrivés après du Dieù, menant avec nous Plutus, alors le plus malheureux des mortels, maintenant le plus fortuné notre premier soin fût de le mener à la Source et de l'y laver.

La femme.

Par Zeus! le beau bonheur pour un vieillard que d'être trempé dans l'eau froide.

Carion.

Ensuite nous nous dirigêames vers l'enceinte du Dieu. Quand nous eûmes consacré sur l'autel les gâteaux, la fleur de farine, et toutes les menues offrandes, préliminaires du sacrifice, nous couchâmes. Plutus, comme il convenait; puis chacun de nous se fit un lit avec des feuilles.

La femme.

Y avait-il d'autres personnes venues aussi pour implorer le Dieu?

Carion.

Il y avait un certain Necoclidès qui est aveugle, mais qui vole mieux que ceux qui voient; beaucoup d'autres aussi se trouvaient là avec des

maladies de toutes sertes. Bientôt le serviteur du Dieu éteint les lampes, et nous invite à dormir, nous recommendant, si nous entendons quelque bruit, de garder le silence. Nous voilà donc tous couchés tranquillement. Moi, je ne pouvais fermer l'œil, tout occupé que j'étais d'un pot de bouillie placé près d'une vieille femme, juste derrière sa tête. J'avais une terrible envie de me glisser de ce côté, lorsque levant les yeux, j'aperçois le Prêtre qui raflait sur la table sacrée gâteaux et figues séches; puis il fait le tour de tous les autels et sanctifie tous les gâteaux qui restaient en les fourrant dans un sac. Je résolus de suivre un si pieux exemple, et me dressais pour saisir le pot de bouillie.

Le femme.

Misérable. Et tu ne redoutais pas le Dieu?

Carion.

Si, par les Dieux. Je craignais que, couronne en tête, il n'atteignit la bouillie avant moi, car son prêtre m'avait donné l'éveil. Au bruit que je fis, la vieille avança la main, mais moi imitant le sifflement du serpent sacré je la lui mordis. Alors brusquement elle la retira, se blottit sous sa couverture et ne bougea plus, lâchant de peur des vents plus acres que ceux d'une belette. Moi j'engloutis une bonne part de bouillie, puis rassasié, je songeai au repos.

La femme.

Et le Dieu ne venait-il pas?

Carion.

Il ne tarda guère, et quand il fut près de moi, la bonne farce! je pétais fortement, car j'avais le ventre balloné.

La femme.

Il dut faire la grimace.

Carion.

Non, mais une certaine Iaso, qui le suivait, rougit légérement et Panakeia se détourna en se bouchant le nez; car mes pets ne sentent pas l'encens.

La femme.

Et le Dieu.

Carion.

Par Zeus, il n'y fit pas la moindre attention.

La femme.

Veux-tu dire que c'est un Dieu grossier?

Carion.

Point du tout, mais il aime à déguster les excréments.

La femme.

Sacripeau va!

Carion.

Alors je me cachais tout tremblant sous ma couverture, tandis que lui, passant en revue toutes les malades, les examinait avec attention. Puis un enfant déposa près de lui un mortier en pierre, un pilon e une petite boîte.

La femme.

Mais comment voyais-tu, scélérat, puisque tu te cachais? dis-tu.

Carion.

A travers mon manteau, qui ne manque pas de trous, par Zeus!

Et d'abord, le Dieu se mit à composer un onguent pour Néoclides avec trois têtes d'ail qu'il écrasa dans le mortier avec de la sève de figuier et du vinaigre de Sphettos; il lui frotta de cette drogue l'intérieur des paupières afin que la douleur fut plus cuisante. Néoclides criant et vociférant, se lève et veut fuir, mais le Dieu de rire et de s'écrier: grâce à cet onguent tu n'iras pas te parjurer devant l'assemblée.

La femme.

Que Dieu sage et ami de notre cité!

Carion.

Il s'assit ensuite auprès de Plutus et lui prit la tête; puis ayant choisi un linge bien propre, il lui en essuya les paupières. Panakeia lui couvrit d'un voile rouge la tête et tout le visage. Alors le Dieu siffla et deux serpents d'une taille prodigieuse s'élancèrent dans le temple.

La femme.

Dieux bons!

Carion.

Ils se glissèrent tout doucement sous le voile et léchèrent, à ce qu'il

me sembla, les paupières de Plutus, et, en moins de temps qu'il n'en faut pour boire dix cotyles de vin, Plutus, maîtresse, se dressa voyant; moi, battant des mains de joie, j'éveillai mon maître. Aussitôt le Dieu disparût dans le sanctuaire avec les serpents. Quand aux malades couchés près de Plutus, je te laisse à penser, s'ils l'embrassaient, toute la nuit on se tint éveillé jusqu'à ce que le jour parut, etc.

Aristophane, on le voit, nous décrit les choses à peu près telles qu' elles se passaient à l'Asclépion; sa fantaisie burlesque ne dénature pas complèment les faits, et il est facile de démeler le vrai du faux inventé par son imagination pour l'amusement du public.

Malheurement pour nous, Aristophane ne parle pas des malades hystériques guéris instantanément par l'effet suggestif, mais d'autres auteurs combleront cette lacune, lui, ne nous entretient que des non-hystériques.

Voici en effet pour ceux-ci ce qui se passa:

On avait trouvé qu'il était avantageux, puisqu'ils n'étaient pas curables par la prière seule, de les traiter par des moyens médicinaux.

Interprétation des songes

L'intervention médicale des prêtres nous dit le Dr. Vertroute se traduisait de deux manières: elle consistait ou bien à suggérer avec adresse au malade, soit pendant l'interrogatoire préliminaire, soit pendant la visite du temple, soit pendant la lecture des inscriptions votives, l'idée de tel ou tel remède utile, idée qui reparaîtra en rêve; si le songe n'était pas tel à l'interprêter habilement en lui donnant la signification thérapeutique convenable. Mais les prêtres s'aperçurent très vite que cette manière de procéder exposait à des mécomptes; le songe ne survenait pas, le remède prescrit était oublié, ou bien le remède était tellement absurde que le songe ne pouvait être raisonnablement interprêté.

Le songeur.

Alors on créa un nouveau métier, celui de *songeur*.

Strabon et Pausanias nous apprennent qu'il était d'usage, lorsqu' un malade était dans l'imposibilité de se rendre lui-même au temple, d'admettre ses parents ou ses amis à le remplacer et *songer* à sa place et en quelque sorte à son intention.

Or à cette imitation les prêtres décidèrent qu'eux mêmes ou encore les Zacores du temple pourraient se livrer aux songes à la place du malade; en un mot qu'il y aurait des songeurs attitrés. Il est inutile d'ajouter que stylés d'avance, ils indiquaient seulement le remède

que le prêtre lui avait, après examen et reflexion, recommandé d'indiquer.

Cependant il faut penser qu'une partie du public plus intelligente conçut vite quelques doutes sur la bonne foi des songeurs officiels et un auteur grec reconnait que ceux qui font ce métier, prescrivent ce qu'ils feignent d'avoir vu et entendu.

Songes vulgaires et songes celestes.

Pour ces malades qui ne croyaient qu'à l'efficacité des rêves personnels et persistaient à vouloir *songer* eux-mêmes, il fallut inventer autre chose; pour supprimer, pour ainsi dire, ces rêves réels, au dire de Jamblique, on les traita de songes ordinaires vulgaires, sans valeur, indignes d'une interprétation.

Le prêtre déguisé en Asclépios.

L'industrie sacerdotale substitua d'autres visions et eut l'habilité de les faire prendre aux malades pour des songes celestes, pour les seuls songes envoyés par la Divinité.

Ils choisirent le matin, le moment où la nuit cesse et le jour va paraître laissant les objets dans une sorte de pénombre dont le malade, plongé dans un demi sommeil n'a qu'une perception obtuse, pour se présénter sous le déguisement d'Asclepios, et même pour lui adresser la parole.

La credulité superstitieuse des foules est toujours si grande qu'il fnt aisé de faire prendre ces apparitions de pure comédie pour des songes envoyés par la Divinité. Les textes confirment, cette manière de voir, Jamblique écrit: «Les songes célestes sont ceux qui nous apparaissent quand nous sommes dans un état intermédiaire entre la veille et le sommeil, ou le sommeil et la veille.»

Philosastre à son tour, «Les prêtres, dit-il, ne veulent interprêter les visions que quand elles ont lieu le matin»: Tertullien ajoute: «on avait surtout foi aux songes qui arrivaient le matin.»

Il est donc certain que les Prêtres prenaient le déguisement du Dieu. Philosastre affirme que «de temps en temps, Asclepios en personne se momtrait aux hommes dans le temple d'Egée.» Herodien raconte que «Caracalla reçut à Pergame autant de songes du Dieu qu' il en voulut.»

Peut-être au debut, le Prêtre ne se montra-t-il que dans un lointain mystérieux, mais peu à peu il s'enhardit encouragé par la crèdulité des malades.

Il apparut sous le costume de Dieu, porteur de ces attributs, ac-

compagné de serpents, de chiens. Il s'approcha des malades, les examina, les palpa même, les uns après les autres, il alla jusqu'à se faire escorter par un groupe de personnages, ses complices, représentant les enfant de Dieu, Hygie, Panacée et autres.

Le Dieu adressait la parole aux malades, assure Celse (Origen contra Cels. lib. III); des Grecs et des barbares lui ont affirmé avoir vu Asclepios en personne et l'avoir entendu rendre des oracles médicaux.

Dans cet état mitoyen à la veille et au sommeil, état dans lequel surviennent les songes célestes, dit Jamblique, on entend une voix entre-coupée. Or cette voix qu'Aristophane aussi nous fait entendre, c'est précisement celle du prêtre, qui, sous le costume du Dieu indiquait aux malades le remède tant desiré.

Aristide, un rhéteur pourtant, était comme les autres, dupe de la fourberie, tellement lorsqu'il s'agit de religion, le bandeau sur les yeux est épais. Il atteste qu'il lui arrivait fort souvent qu'étant entre le sommeil et la veille, il voyait venir à lui le Dieu, le touchait presque et l'écoutait avidement.

Des remèdes.

On n'a pas trouvé dans les feuilles d'Asclépion la liste des remèdes employés, mais le rhéteur Aristide en cite quelques curieux exemples. Tantôt le Dieu ordonnait l'usage des bains, tantôt il les proscrivait. A Marc-Auréle il ordonne de monter à cheval, de faire des abblutions froides, ce sont des moyens hygiéniques excellents, à un autre il prescrit l'eau de chaux et le jus de ciguë, à un autre une perdrix cuite avec de l'encens, à un troisième un cataplasme de cendre arrosé de vin, pour un crachement de sang il ordonne le fruit des pommes de pins, à un aveugle il prescrit un collyre avec le sang d'un coq blanc, etc. etc.

Il est probable que d'année en année, l'expérience aidant, les traitements ordonnés se firent plus rationnels et se tirèrent surtout des moyens tirés de l'hygiène.

La Diète.

La diète était un de ces moyens. Strabon (geog. XIV) raconte que pour avoir le Dieu favorable, on faisait faire aux malades un carême rigoureux; or, parfois on obtient par cette méthode d'heureux résultats. Chaque année nous voyons autour de nous des Mahométans se trouver bien du Ramadan, surtout, lorsqu'alcooliques chroniques, ils souffrent des douleurs variées produites par l'empoisennement des vins forts; ces cas ne devaient pas être rares en Grèce.

Lorsqu'il était prescrit à Aristide pour son affection chronique de boire de l'huile d'olive à titre de modificateur des os et du sang, n'était-ce pas notre traitement par l'huile de foie de morue? Si, à un autre malade atteint d'hémophtysie, il fût conseillé de boire du sang de taureau, il semble que ce remède se soit perpétué jusqu'à nos jours: ne voit-on pas des malades atteints de la même affection aller aux abattoirs pour boire du sang chaud des bêtes abattues?

Deux périodes avec fourberie et sans fourberie.

En resumé, daus l'Asclepion d'Athènes, comme dans celui d'Epidaure et des autre villes, il y eut deux périodes correspondant probablement aux deux modes de nomination des prêtres; dans la première, pendant laquelle ils étaient nommés chaque année par le peuple, les guérisons miraculeuses qui se produisirent furent purement hystériques; c'est à cette période qu'il faut comparer Lourdes où également des miracles de même nature se produisent. Dans la seconde période, celle où le Grand Prêtre conserva sa charge plusieurs années et finalement toute sa vie, il y eut pour les malades non hystériques, incurables par la suggestion des méthodes de traitement rationnel qui amènèrent parfois la guérison.

Les guérisons.

Les guérisons sont-elles prouvées. Oui.

Pausanias raconte qu'il a vu six stèles rapportant les guérisons miraculeuses faites par Asclepios avec les noms des malades et l'indication de la maladie.

Or, dans les fouilles on a retrouvé deux de ces précieux monuments sur lesquels sont gravés des inscriptions fort longues mentionnant une vingtaine de cas qui prouvent la puissance d'Asclepios.

Nous trouvons des borgnes et des aveugles auxquels le Dieu a rendu la vue leur frottant les yeux avec un onguent de sa composition. Ces cures doivent sans doute être de la seconde période et provenir d'un traitement rationnel, mais il n'en est pas ainsi des suivants.

Un boiteux paralytique qui se reveille avec l'usage de ses jambes, à qui on vole ses béquilles et qui est capable de courir après son voleur; un autre auquel le Dieu ordonne de marcher et de porter une lourde pierre dans le sanctuaire et qui marche et la porte.

Ces paralytiques non seulement des jambes, mais d'autres parties du corps, comme les mains, les bras, la langue, sont les grands fournisseurs des miracles, et ce sont eux qui font la réputation des lieux de pélérinage.

Une femme de Lacédémone était hydropique; sa mère vint consul-

ter Asclépios, car la vertu du Dieu s'étend au loin et opére à grande distance. La mère couchée sous les Portiques voit en songe Asclèpios couper la tête de sa fille, et suspendre son corps, le cou en bas; l'eau s'en échappe en abondance et il ne reste plus au Dieu qu'à lui rajuster la tête sur le cou. La mère retourne à Lacédémone et trouve sa fille guérie.

Nierons-nous le miracle, l'opération peut-être, la cure, non.

On trouvera dans l'ouvrage du docteur Pitres une gravure reproduisant une femme hydropique guérie sur le tombeau du diacre Parés. Une autre guérison est à souligner; celle-là bien hystérique, sans discussion possible: le Dieu a guéri dit la stèle, une femme qui souffrait d'une grossesse trop prolongée.

Asclepios a rendu la voix à plusieurs muets. Ces muets sont de la même famille que la femme à grossesse. Ces paralysies de la langue peuvent toujours guérir, sous l'influence d'une émotion. Des plaies incurables, nous dit la stèle, ont été fermées grâce au Dieu.

Les cancers aussi guérissent à l'Asclépion: un homme avait un cancer à l'estomac, il vient sous les Portiques et a une vision: il rêve que le Dieu le fait tenir et attacher par des serviteurs qu'il lui ouvre le ventre, extirpe son cancer et recoud son estomec et la peau. Il se réveille, il est guéri. Ce n'est pas seulement à l'Asclepion que l'on confond les cancers avec des simples névralgies stomacales. A Lourdes on fait grand bruit de la guérison de dix cancers. Que dit le docteur Boisserie du récit de Pausanias?

Un homme avait une belle-mère qui lui avait jetté des sangsues dans un mélange de vin et de miel qu'il avale. Pendant son sommeil il rêva que le Dieu lui ouvrait le ventre, en retirait les sangsues et à son reveil il trouva son ventre recousu et les sangsues dans sa main. Ceci est du traitement rationnel: les médecins aliénistes sont appelés parfois à agir de la même façon. Un malade persecuté croit sentir une bête dans l'estomac, sangsue, serpent, ver; on l'endort, on lui fait une incïssion superficielle de la peau, puis deux points de suture et à son rêveil on lui montre l'animal serpentin qui faisait son désespoir. Ce bancal étendu sous les portiques, qui dans un songe voit le Dieu monté sur un char le fouler aux pieds de ses chevaux, jusqu'à ce que sa jambe soit redresée, nous le connaissons et nous le retrouverons, sous forme de pied-bot ou de coxalgie hystériques, guéri à toutes les stations miraculeuses.

Retenons encore parmi les guérisons, celle de l'homme ayant une contracture de la main, où le rôle de la suggestion se voit si aisément. En voyant les ex-votos suspendus de toutes parts il se met à railler ces

merveilleuses inscriptions. Qne fit le Dieu? Il apparût en songe à l'incrédule, et lui étendant successivement les doigts, lui rendit l'usage de sa main. Et, comme l'homme, tout supris ne pouvant croire au miracle, pliait et rouvrait tour à tour ses doigts, Asclepios lui dit: «parce que tu n'as pas cru à des choses croyables, je t'accorde le bénéfice d'une incroyable guérison».

Combien d'autres cas n'aurions nous pas à citer, si toutes les stèles relatant les miracles de chaque Asclépion nous avaient été conservées; ceux que nous venons de relater seront suffisants pour appuyer la thèse que nous soutenons.

Car, si nous nous reportons au livre de Mr. Lasserre et du Docteur Boisserie sur les miracles de Lourdes, vous serez étonnés de voir que ce sont les mêmes miracles qui s'opèrent dans le sanctuaire chrétien sous l'influence des eaux de la source. Là chaque jour sont guéris des fausses paralysies, des fausses contractures, de faux pied-bots, de fausses hydropésies, et de fausses grosesses. Lorsque nous employons l'adjectif de faux, c'est pour différencier ces névroses des mêmes maladies, affections vraies, où il y a une lésion du système nerveux central ou périphérique.

Or, ces affections vraies n'étaient pas guéries à l'Asclépion et ne peuvent pas l'être à Lourdes, ne cessons de le répéter. Celles dont la cure faisait crier au miracle, ce sont les paralysies hystériques, ce sont les contractures hystériques, c'est le mutisme hystérique, ce sont les quarante maladies de nature hystérique toujours susceptibles de guérir instantanément.

Lorsqu'on nous dira que d'autres maladies de nature différente étaient curables à l'Asclépion d'Athènes autrefois, et le sont à Lourdes maintenant, par exemple le cancer, nous repondrons qu'il y a erreur de diagnostic et qu'on a pris comme tel des affections qui n'avaient rien de cancéreux. Dans notre prochain travail sur Lourdes nous donnerons les observations de malades algériens, paraissant avoir tous les symptômes de cancer de l'estomac guéris en quelques jours par des fortes doses de quinine.

Les ex-votos.

Les malades reconnaissants dans le premier élan de joie sont entraînés à déposer la preuve du miracle sous forme d'ex-votos. Or, chose curieuse, les ex-votos que nous pouvons voir à Lourdes, nous les retrouvons dans l'Asclepion, prouvant par leur présence que les miracles qui ont lieu aujourd'hui par l'intervention de la Vierge chrétienne, avaient lieu autrefois par l'intervention d'un Dieu païen.

A Athènes, comme à Epidaure, les fouilles ont mis au jour des ex-votos en grand nombre. Quels étaient-ils? Ce sont d'abord des bas-reliefs qui répresentent des scènes d'adoration devant Asclepios, placé au chevet du malade, au moment précis ou la guérison avait lieu. C'est la statue du malade guéri, soit en buste, soit entière, lorsqu'il s'agit de grands personnages, au temps des romains. Le plus souvent c'est la statue d'Asclepion lui même qu'on donnait au temple. Ce sont des reproductions soit en grandeur naturelle, soit en proportion réduite, d'une partie du corps de la personne guérie: des visages, des bouches et des yeux, des nez et des oreilles, des mains et des pieds, des jambes et des torses, des cœurs et des poitrines. Ces objets sont en or, et argent, en métal doré, en bronce et en marbre. Dans les ruines ont été retrouvées des grandes plaques de marbre où sont gravés les inventaires des ex-votos remis dans le temple: on y lit les inscriptions suivantes:

«Phiale dorée consacrée par Pyrrhos du Dème d'Acherdous, pour lui-même et pour son fils.»

«Phanocrité, pour elle même et pour ses enfants, un gobelet et une mâchoire.»

«Corps de femme et bracelet, consacrés par Myrrhiné pour elle même et pour ses enfants.»

Les plaques de marbre.

On a trouvé également des petites plaques de marbre semblables à celles dont sont tapissés les sanctuaires à miracles, avec les mots: Reconnaissance à Marie, Hommage pieux etc. Voici quelques inscriptions gravées sur les plaques grecques:

«Phrynon du Dème de Rhamnases pour son fils Diognetos.»

«Meidias et Danaé, ayant fait un vœu à Asclepios pour leurs enfants.»

«Pour sa femme, Praxias, ayant fait un vœu à Asclepios.»

«Collytos, ayant fait un vœu, à Asclepios, pour Polyeuctos.»

«Thoudosias à Asclepios, pour sa fille Théano.»

Non seulement les malades guéris laissaient des plaques de reconnaissance au Temple, mais encore les soldats qui sortaient sains et saufs de la mêlée, les marins qui avaient échappé à une tempête, consacraient une offrande. Un bas relief trouvé dans les ruines en fait foi.

Une plaque trouvée par Mr. Stephanos dans l'île de Syra indique qu'Asclepios a sauvé Eucharistes d'une épouvantable tempête.

Le plus souvent sur les plaques de marbre votives on se contentait de faire graver son nom et celui du Dieu, «un tel à Asclépios» le motif pour lequel il avait consacré son offrande était sous-entendu.

Les Dons.

Un autre genre d'ex-votos étaient les offrandes faites au temple par les malades guéris ou voulant être guéris; c'étaient des bijoux, bagues, bracelets, colliers, diadèmes en or ou en argent, c'étaient des vases pour contenir des parfums, des trépieds, des objets d'art, de petits bas-reliefs, tous objets de matière plus ou moins précieuse, c'étaient des pièces de monnaie que l'on jettait dans la source ou aux pieds du Dieu dans le temple.

Une curieuse coutume était celle-ci, lorsque les ex-votos devenus trop nombreux encombraient le Temple, la commission administrative faisait fondre un certain nombre d'ex-votos par un habile artiste qui rendait au Temple un objet d'art précieux. Les inventaires retrouvés nous font connaître qu'un vase d'or avait été executé avec des ex-votos dont on donne la nomenclature. Il fallait de l'argent pour l'entretien du Temple, le payement des employés, sans compter le fond de réserve à augmenter; peut-être aussi fallait-il faire la part des grands personnages d'Athènes et de Rome. On nous dit qu'il en est de même pour Lourdes, où le Pape et l'Evêque de Tarbes tirent un impôt énorme. Nous ne pouvons croire à de pareils actes; que d'autres exploitent la crédulité humaine, mais des chefs de l'Eglise, non, ce n'est pas possible.

Concurrence des Dieux.

Mais, peu à peu, vint la concurrence: comme le métier de guérisseur est bon, chaque dieu de l'Olympe veut l'avoir et prend le serpent comme symbole. Apollon, père d'Esculape, devint le grand père de le Médecine et tient à Thébes boutique d'herbes curatives. Minerve fait voir à Périclés en songe la plante qui va guérir son architecte Umésiclés, et se voit élèver le temple d'Athéne-Hygie. A Ephèse, Diane traite les maladies des yeux. A Patras, Céres se sert d'un miroir magique: est-ce l'ancêtre de celui des rayons X... Venus elle même guérit les tumeurs du menton au lieu de s'occuper des maladies qu'elle cause. Les fils et petits fils d'Asclepios, à leur tour, font concurrence à leur père et emploient aussi les songes pour la guérison de leurs clients.

Puis viennent les cultes de Cybéle, des Sabazius, le Bacchus phrygien, et celui d'Orphée dont les prêtres à leur tour voulurent exploiter la crédulité humaine. Avec des formules d'invocations, des rites, des mystères nouveaux, ils attirent à eux un public nombreux, surtout le public féminin toujours accessible à la superstition.

Asclepios avait recommandé pour le traitement des maladies mentales la gymnastique et la danse accompagnées de musique et des

chants mélodieux, mais avec Sabazius ce sont les danses échevelées des Corybantes, au son d'une musique endiablée de fifres et de tambourins qui prétendent être la meilleure méthode dans l'art de guérir.

Plus tard viennent d'Egypte les cultes d'Isis, d'Osiris et de Sérapius, divinités devenues médicales aussi parce que seules les religions médicales apportent l'argent des foules.

Le plus ardent et le plus universel désir de l'homme est de conserver la santé et les charlatans religieux, ou non, trouvent toujours des dupes pauvres et riches pour leur tirer de l'argent.

Appolonius de Thyane.

Viendront encore les imposteurs qui eux aussi feront des miracles et exploiteront la credulité. Appolonius de Thyane se prétendra favori d'Asclepios et lui et ses disciples arriveront ainsi à faire un nombre prodigieux de dupes. Marc-Aurèle, ce sage empereur romain, un jour sera victime de la fourberie de l'un d'eux. (Lucien).

Enfin un peu de lumière se fera, Hippocrate a paru, et la science commence à jouer le rôle qu'elle continuera de siècle en siècle jusqu'à ce moment, celui d'éclairer les foules et de leur montrer la vérité débarrasée des voiles.

Avant de terminer, disons ceci: les auteurs qui ont écrit sur la Médecine des Anciens et parmi ceux-ci Mr. C. Wescher et le Dr. Vertroute, ce dernier dans un article intéressant sur la médecine sacerdotale dans l'antiquité grecque, n'ont pas vu le rôle de suggestion dans la guérison des maladies nerveuses et ont expliqué les miracles, qu'ils ne pouvaient nier, par le traitement employé par le Grand Prêtre devenu médecin à force de pratique, comme nos infirmiers et les soeurs de nos hôpitaux arrivent à se faire un bagage de petites recettes médicales, pouvant avoir dans certains cas, un effet curable. D'autres en grande nombre, et Malgaigne parmi eux, s'accordent à considérer comme des jongleries les pratiques de la médecine sacerdotale et traitent les prêtres d'insignes charlatans. Ils ont tort. Ils n'ont pas compris le rôle capital de la suggestion dans les cas d'affections de nature hystérique. La suggestion s'est déguisée en Dieu Asclepios autrefois pour guérir les névroses de la Grèce, comme elle se déguise en Immaculée Conception de Lourdes aujourd'hui pour guérir les hystériques de notre temps. Cette suggestion, on doit la faire descendre des autels, païens ou chrétiens, pour la remettre à la seule place qu'elle doit occuper, une place dans l'arsenal médical.

Discussion

Mr. MIGUEL BOMBARDA (Lisboa): Je fais mes applaudissements les plus vifs à M. Rouby. C'est par la sciénce qu'on arrivera à faire la revolution du cerveau humain qui le rende digne de la hauteur de la raison. Il faut écarter de l'esprit populaire toutes les absurdités que les réligions y mettent á foi. Et le chemin pour y arriver c'est de montrer que dans tous les milieux, les réligions sont de montagnes d'absurdités, et ceux qui les servent, des légions d'explorateurs de l'ignorance populaire. Il faut avoir lutté pour la propagande des idées saines pour évaluer dans toute son importance les travaux comme ceux de M. Rouby. C'est pour ça que je lui adresse mes applaudissements les plus chaleureux.

RESULTATS DE LA REEDUCATION DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES DU MOUVEMENT

par Mr. MAURICE FAURE (Paris).

L'Institut de rééducation motrice de La Malou a reçu, durant la saison 1902 (15 Avril-15 Novembre), 126 malades, dont le traitement a exigé environ 2.500 séances (1).

En examinant l'ensemble de ces malades, on constate tout d'abord que les tabétiques y sont au nombre de 84 (2). C'est donc la confirmation de cette opinion, d'ailleurs courante, que les tabétiques forment une part très importante de la clientèle de La Malou (3).

(1) Nous ne nous préoccuperons dans cette publication que de déterminer les résultats de la rééducation d'après nos observations. On n'y trouvera donc aucun exposé théorique général de la méthode, ou plutôt des méthodes de rééducation. Nous renvoyons pour cela à notre derniére publication (*La Rééducation motrice.*—Doin, éditeur, Paris, 1902).

(2) C'est, en effet, dans l'ataxie, que la rééducation trouve actuellement son emploi le plus répandu. On sait que l'initiative et le premier réglement de cette application de la rééducation appartiennent à Frenkel, dont les procédés thérapeutiques ont eu un grand et légitime succés, il y a quelques années. La première publication de Frenkel sur ce sujet est de 1890 (Congrès des médecins allemands, à Brême).

(3) De tout temps, même avant que le tabés ne fût décrit, il y avait des tabétiques à La Malou, dont on reconnaît facilement le portrait dans les descriptions des anciens auteurs. Cette spécialisation (qui est la principale de cette station) s'est faite d'elle-même, empiriquement, comme d'aillèurs toute les spécialisations importantes et durables des villes d'eaux. C'est parce que ces malades y sont améliorés qu'ils y reviennent et qu'ils y envoient les malades similaires. La Malou reçoit, environ, 5 à 6.000 malades par saison, parmi lesquels 2 à 3.000 tabétiques.

Quarante-deux malades non tabétiques avaient des affections variées. Nous en formerons cinq groupes:

Le *premier groupe* comprend les *contractures* plus ou moins douloureuses secondaires aux *arthrites*, les *atrophies* et *parésies* secondaires aux *fractures*, aux *contusions*, aux *immobilisations*.

Les malades de ce premier groupe ont retiré de leur traitement des avantages très importants: les contractures ont diminué, les douleurs se sont atténuées. les parésies et les atrophies ont diminué d'intensité ou disparu; en somme, les mouvements sont revenus sans que jamais la lésion articulaire ou osseuse ait cessé de marcher vers l'amélioration ou la guérison. Il y a donc là une indication de la rééducation et des mouvements méthodiques qui est formelle. Cette spécialisation de La Malou ne fera donc que s'accroître (1). La plupart de ces malades retirent, en outre, de la balnéation hydrothermale, des avantages certains; aussi les rencontre-t-on dans la plupart des stations d'eaux chaudes.

Un *deuxième groupe* est formé por les *tiqueurs*, les *choreïques*, les sujets atteints de *crampes professionnelles* et de *spasmes*, les *ataxiques*, les *abasiques*, les *neurasthéniques*, les *hystériques*. Ces malades (ou plutôt ces infirmes) sont justiciables de la rééducation (2). Leur traitement, combiné a la balnéation tiède, prolongée et sédative, telle qu'on la pratique à Néris, La Malou, etc., donne les plus heureux résultats.

Un *troisième groupe* est formé avec les *hémiplégies* et les *paraplègies spasmodiques*, et les *paralytiques agitants*. Bien qu'assez nombreux à La Malou, bien qu'ayant coutume de s'adresser aux établissements de rééducation, ces malades ne nous paraissent retirer de ces deux thérapeutiques que des bénéfices peu importants. Il est vrai que le choix des thérapeutiques, en ce qui les concerne, est peu varié, et qu'on somme, l'exercice (méthodique ou non) soulage un peu les parkinsoniens et d'autres spasmodiques. Mais, nous ne pouvons confirmer l'opinion énoncée par plusieurs de nos confrères allemands, qui voient

(1) Les malades de ce groupe forment déjà d'ailleurs une grosse part de la clientéle des établissements de mécanothérapie. Ce que nous disons ici ne fait donc que confirmer une opinion déja établie. Les instituts de mécanothérapie donnent, en effet, d'excellents résultats dans les troubles des mouvements secondaires aux traumatismes. Les ankyloses, les raideurs articulaires, les contractures douloureuses, l'impotence fonctionnelle qui suit les accidents du squelette, et l'incapacité de travail qui en résulte, sont, en effet considérablement réduites, sinon supprimées, par une thérapeutique mécanothérapique bien conduite. De là, l'entente intelligente qui commence a s'établir en France, entre les Sociétés d'assurance contre les accidents du travail et les Instituts de mécanothérapie.

(2) C'est à M. le Pr. Brissaud et à ses élèves Meige et Feindel qu'on doit cette application de la Rééducation.

dans la rééducation et la gymnastique méthodique un traitement de choix des paralysies avec contracture. Sans doute, on obtient quelques résultats qui ne sont pas absolument à dédaigner; mais ils nous paraissent vraiment peu consolants, en égard à l'effort fourni et au temps dépensé. Il nous paraît donc sage d'avertir les malades de cette catégorie qu'ils ont peu à en attendre, et qu'ils ne s'adressent à elle que parce qu'ils n'ont pas autre chose. Ils ne peuvent espérer guére plus du massage et d'une mécanothérapie prudemment conduite.

Le *quatrième groupe* se compose d'*hèmiplègies* et de *paraplègies flasques*, de paralysies par *névrites*, *myélites*, etc., Ici, les mouvements méthodiques ont un intérèt double. Ils concourent, dans une certaine mesure, à l'amélioration de la paralysie et au retour des mouvements; mais il faut bien se dire que c'est là une part peu importante, et quelquefois presque nulle, de leur action. Leur but principal est d'empêcher l'apparition des attitudes vicieuses, des raideurs douloureuses, et des rétractions musculaires et tendineuses. En outre, combinés au massage, ils empêchent l'émaciation des membres et la disparition des muscles en entretenant leur nutrition. Les résultats, fournis par la thérapeutique, sont donc ici très médiocres, mais l'abandon de toute thérapeutique est encore bien pire.

Enfin, un *cinquième groupe* est formé par les *rhumatisants chroniques.* Nous n'en dirons rien, car ce diagnostic de «rhumatisme chronique» n'est, à notre avis, qu'un caput mortum, où s'entament toutes les lésions douloureuses, articulaires et périarticulaires, quelle qu'en soit l'origine. On sait que ces malades forment la clientèle habituelle de toutes les stations d'eaux chaudes, et notamment de Néris, Plombieres, La Malou, etc., où ils sont irrégulièrement améliorés. D'autre part, les mouvements méthodiques leur sont souvent utiles, mais comme les résultats de cette thérapeutique classique varient avec la cause de l'arthropathie el l'évolution de cette cause, il s'ensuit qu'il est impossible de donner sur ce sujet das résultats d'ensemble. Nous laisserons donc de côté, pour le moment, cette catégorie dont nous ferons ultérieurement l'objet d'une étude spéciale.

On voit que si l'on examine l'ensemble de ces cinq groupes, on arrive à ces conclusions.

Les deux premiers sont formés par des accidents (*atrophies, parésies, contractures douloureuses, tics, chorée, crampes, spasmes, troubles moteurs de l'hystérie et de la neurasthénie*, etc.), nettement justiciables de la rééducation et de l'hydrothérapie thermale. Les malades doivent attendre, dans ces affections, d'*excellents résultats* de la cure de La Malou.

Au contraire, les deux groupes suivants (*paralysies, hémiplégies spasmodiques ou flasques*, etc.), ne peuvent attendre, de la rééducation et des mouvements méthodiques, que des *bénéfices minimes*. D'autre part, nous ne pensons pas que l'hydrothérapie thermale leur donne des résultats considérables. Il s'ensuit que, lorsque ces malades viendront demander à La Malou une cure, ils devront s'attendre á des résultats, minimes; mais, en raison de la pauvreté des actions thérapeutiques dans ces affections, il faut savoir être peu ambitieux (1).

II

L'examen des résultats consignés dans les 84 observations de *tabétiques* est plus intéressant, et nous allons y insister davantage.

Constatons d'abord que, sur ces 84 malades, il n'y a que 6 femmes, soit: 7 p. 100; alors qu'au contraire, sur les 42 malades non tabétiques, dont nous venons de parler, nous trouvons une proportion féminine de 45 p. 100.

On peut donc penser que le tabès est beaucoup moins fréquent chez la femme que chez l'homme, contrairement à l'opinion de quelques classiques.

De ces 84 malades, il faut d'abord en déduire 6, chez lesquels les indications de rééducation furent incertaines et inconstantes, et qui, pour cette raison, ne se soumirent pas à un traitement régulier. Il nous reste donc 78 tabétiques à examiner.

Quatre d'entre eux abandonnèrent le traitement entrepris, faute d'énergie, d'inteligence, ou de discipline, et ce, sans autre raison.

Cinq, atteints de troubles assez graves, abandonnèrent pour les mêmes raisons que les précédents, mais avec l'excuse d'infirmités ou de douleurs fort gênantes.

Dix ont renoncé à leur traitement pour des raisons de convenances personelles, qui ne leur ont pas permis d'en accepter les nécessités.

C'est donc, au total, 19 malades, qui n'ont pu consentir à l'obligation d'un traitement long et difficile, ce qui nous donne un déchet de 25 p. 100 (2).

(1) On voit que les applications de la rééducation sont nombreuses et variées. Elles s'accroîtront probablement encore, car ces méthodes thérapeutiques sont récentes. En France, l'étude en a été recommandée et vulgarisée par les leçons de M. le professeur Raymond, en 1895-1896. C'est dans cette même année que, en collaboration avec le Dr. Hirschberg, nous avons recueilli et publié les premieres observations françaises, dans le service de la Salpétrière, aujourd'hui confié au Dr. Constensoux.

(2) Parmi ces 19 malades, il y a 3 femmes. Comme, sur la totalité des tabétiques que nous examinons, il n'y a que 6 femmes, c'est donc 50 p. 100 des femmes ataxiques qui reculent devant les obligations d'un traitement rééducateur, alors quo, parmi les hommes, on ne compte que 22 p. 100 de réfractaires.

III

Ces 59 tabétiques, qui ont lutté pour obtenir une guérison ou une amélioration, n'ont pas lutté à armes égales. Il y a, en effet, des conditions favorables et des conditions défavorables au traitement rééducateur.

Examinons d'abord les *conditions favorables*:

Il faut que le malade puisse consacrer à sa cure un temps suffisant, et, pour cela, que ses occupations professionnelles et sa situation sociale lui en laissent le loisir. La durée de cette cure est fort variable. Elle doit être proportionnelle à l'intensité des désordres à faire disparaître, et en raison inverse de l'application, de la bonne volonté, et de l'intelligence du sujet. En règle générale, un traitement d'un mois suffit pour les troubles moteurs légers et localisés. Un traitement d'environ deux mois pour ceux d'intensité moyenne. Et un traitement de 4 mois n'est pas exagéré pour les ataxies intenses et étendues; encore faut-il souvent se contenter d'un résultat incomplet à l'expiration de cette première période (1).

Indépendamment de la durée du séjour, il faut encore que le tabétique jouise d'une santé générale suffisante pour consacrer à son traitement plusieurs heures par jour. Ce traitement, bien conduit, comprend: des bains de piscine, des exercices méthodiques, et une sorte d'apprentissage de tous les mouvements de la vie de relation. Accessoirement, on y joint des massages et des douches, s'il faut agir snr une région déterminée.

26 de nos malades, sur 59, ont pu remplir toutes ces conditions et ont terminé leur cure avec un résultat complet.

Voyons maintenant les *conditions défavorables*:

Nous avons observé des malades, chez lesquels il était nécessaire de prendre les plus grandes précautions et de conduire le traitement avec une prudence extrême, en raison de leur état de faiblesse, de douleur, ou des troubles de la respiration et de la circulation qu'ils présentaient. Il est évident que ces patients, traités sans mesure et confiés

---

(1) La saison de La Malou durant 7 mois, on peut y faire des traitements plus longs, mais nous pensons qu'il vaut mieux ne pas dépasser la durée de 4 mois. En effet, nous avons observé que les malades, mêmes placés dans les meilleures conditions, se lassaient d'une thérapeutique difficile et monotone. On peut donc faire dans la saison 2 séjours d'un ou deux mois, ou un séjour de 4 mois: ce sont, croyons-nous, les meilleures conditions de succés.

à des mains inexpérimentées, n'auraient pu retirer de leur traitement que des accidents et des désavantages (1).

Ainsi, 13 tabétiques, atteints de vives douleurs, d'infections urinaires graves, de troubles gastriques ou intestinaux persistants, d'états toxiques d'origine médicamenteuse (mercure, morphine, chloral, etc.), d'artrophathies progressives, de troubles oculaires croissants, de dépression mentale, d'infections pulmonaires ou autres, etc., ou plus simplement d'une forme subaiguë ou fébrile de tabès, n'ont pu bénéficier, que d'une façon insuffisante, d'un traitement qu'ils ne pouvaient faire avec toute l'énergie et la ténacité désirables Cependant, ces 13 malades, sans exception, ont été améliorés, et 12 d'entre eux dans des proportions d'autant plus remarquables que leur état de santé les obligeait au repos plusieurs jours par semaine. Il faut donc être extrêmement prudent et attentionné dans le traitement de cette catégorie de patients, et cependant attendre beaucoup de la thérapeutique si l'on y peut consacrer un temps prolongé. C'est ainsi que onze de ces malades ont demeuré quatre mois, et plus, á La Malou.

Vingt tabétiques se trouvaient dans une catégorie intermédiaire aux deux précédentes, c'est-à dire que, soit pour des raisons de convenances, soit (ce qui est plus fréquent) parce que leur était insuffisant, ils n'ont pu consacrer à leur traitement une somme d'efforts et de temps véritablement suffisante.

Ainsi, sur 50 tabétiques qui ont suivi un traitement rééducateur, on voit que 26 d'entre eux se sont trouvés placés, du fait de leur situation sociale et de leur état de santé, dans des conditions qui leur ont permis d'en retirer le maximum de bénéfices. Vingt, obligés de tenir compte de certaines difficultés matérielles venant, soit de leur profession, soit de leur maladie, n'ont pu se placer dans une situation aussi avantageuse que les précédents, mais cependant se sont soumis à une discipline suffisante. Enfin, 13, par suite de leur état de maladie, n'ont pu accomplir leur traitement que d'une façon très imparfaite, et, par conséquent, n'en obtenir que des résultats incomplets. Comme nous avons déjà signalé plus haut que 19 tabétiques, pour des raisons légitimes ou non, avaient refusé ou abandonné le traitement à son début, en voit donc qu'au total nous aboutissons aux proportions suivantes:

---

(1) C'est ainsi qu'on a pu reprocher à la thérapeutique physique et à l'hydrothérapie de donner de la fatigue et d'augmenter les accidents chez certains nerveux. Il est évident que cela n'est qu'une question de mesure, et que tout dépend de la façon dont le eure est dirigée.

Traitement nul: 25 p. 100 (19/78).
Traitement insuffisant. 16 p. 100 (13/78).
Traitement incomplet: 26 p. 100 (20/78).
Traitement complet: 33 p. 100 (*26*/78).

Donc, parmi les malades qui présentent les indications d'un traitement de rééducation, on voit que: *25 p. 100* refusent ce traitement, pour des raisons légitimes ou non, et que *42 p. 100* ne peuvent s'y soumettre que d'une façon imparfaite.

C'est là une assez forte déperdition, qu'il est intéressant de signaler.

IV

Résultats de la rééducation dans l'ataxie.—Il serait inexact, pour connaître vraiment les résultats pratiques dc la rééducation, d'examiner seulement les benéfices obtenus par les malades qui en ont tiré le meilleur parti. Il faut donc tenir compte, au même titre, des résultats observés chez les 59 malades qui ont été suivis, puis comparer les résultats individuels à la durée et à l'importance du traitement.

Et d'abord, nous constatons que la variété des troubles moteurs est très grande: certains malades ont des incoordinations généralisées empêchant toutes les fonctions motrices, aussi bien celles des muscles du thorax et de l'abdomen (miction, défécation, respiration, etc.), que celles des muscles oculaires, ou des muscles des extrémités (membres supérieurs et inférieurs). Les autres ne présentent que des troubles restreints et bien localisés tels que: ptosis, diplopie (muscles oculaires), hyperextension du genou (muscles postérieurs de la cuisse), etc.

Examiner les résultats de la rééducation dans cette variété si grande de troubles moteurs donnerait à cete étude des proportions trop étendues. Comme aucun de ces malades ne présente exactement les mêmes troubles moteurs qu'un autre, et que, pour un malade déterminé, ces troubles varient avec les moments de son histoire, il s'ensuit que, pour étudier tous ces accidents nous serions amenés à discuter, presque isolément, chacune des 59 observations (et plusieurs durent jusqu'à cinq mois!)

Le trouble moteur le plus grossier, le plus fréquent, est l'incoordination, plus ou moins diffuse, plus ou moins accentuée, des membres inférieurs et du tronc, aboutissant à l'instabilité de la station, et à la difficulté de la marche allant jusqu'à l'impossibilité complète. Cet accident, qui, dans l'esprit de tant de médecins et de malades, caractérise l'ataxie, se retrouve à des degrés divers, et avec des formes très

variées, dans toutes nos observations. Par suite, la comparaison des résultats qu'elles nous offrent peut nous permettre de mettre en lumière des conclusions qui seront certainement utiles, puisqu'elles seront basées sur un grand nombre de cas. Et comme notre but est de chercher à fixer quelques lois de la thérapeutique de rééducation, afin de sortir des généralités et des études théoriques, sans prétendre épuiser le sujet, nous réserverons, pour des études ultérieures, tous les troubles moteurs autres que ceux de la marche, en attendant que nous puissions réunir. pour chacun de ces troubles, un groupe d'observations assez important pour en tirer des conclusions avec quelque autorité.

Disons donc seulement que *tous les troubles du mouvement s'améliorent*, c'est-à-dire: le ptosis, la diplopie (et par conséquent, les *troubles oculaires)*; l'incoordination des cordes vocales et des muscles respiratoires (et, par conséquent, les *crises laryngées*, la *toux* et les *suffocations*); les parésies abdominales (et, par conséquent, les *difficultés de la miction et de la défécation)*, etc.

En examinant les observations, on fait encore une autre constatation d'ensemble: ce n'est pas seulement l'incoordination qui diminue dans les muscles traités, mais encore les *parésies*, les *atrophies*, l'*atonie*, le *relâchement*, et même les troubles de la sensibilité profonde. Dans quelle mesure s'améliore chacun de ces accidents? Leurs améliorations sont-elles parallèles, ou indépendantes? Quel rôle joue, dans le désordre total, nommé ataxie, chacun des troubles que nous venons d'énumérer? Question qu'on ne pourrait élucider qu'en comparant des observations multiples. Ce son des sujets à l'étude, et, sur ce point encore, nous permettent de fixer la vérité. Donc, dans la présente étude, en disant «amélioration des troubles moteurs», nous désignerons, sans chercher à préciser davantage, l'amélioration générale de l'ataxie, sans nous attacher à distinguer l'amélioration particulière de chacun de ses éléments.

V

Première série.—14 malades avaient complètement perdu la possibilité de la marche et de la station debout, par suite du degré très accentué de l'ataxie des membres inférieurs et du tronc. Ils étaient confinés au lit, ou dans un fauteuil spécial, maintenus par des coussins, incapables de se redresser et de se tenir, même assis. Leur existence, privée de la plupart des mouvements de la vie de relation, réduite à des mouvements insuffisants et incomplets dans la vie végétative, n'avait pour horizon qu'une déchéance prochaine. Dans un état

physique et moral aussi médiocre, leur santé ne pouvait qu'être précaire et décroissante.

Après le traitement, 8 avaient retrouvé l'usage de la marche, et, parmi ceux-là, 3 pouvaient marcher seuls. Six ne pouvaient encore marcher, mais tous pouvaient se tenir debout, et 2 commençaient à faire quelques pas au bras d'un aide. La raison de cette différence de résultats nous est donnée par la différence des durées des traitements: les 6 malades qui ne marchent pas encore n'ont, en effet, consacré, ensemble, que 7 mois et demi à leurs traitements, soit, en moyenne: 37 jours par malade. Au contraire, les 8 malades qui marchent aujourd'hui, ont subi, ensemble, plus de trente mois de traitement, soit, environ: 4 mois par malade. Mais il est certain que, dans l'ensemble, ces résultats sont encore insuffisants. En effet, aucun de ces malades ne possède une marche véritablement pratique, mais plusieurs peuvent, du moins, aller seuls dans leur appartement, et vaquer au dehors à leurs affaires, étant accompagnés. Comme 10 d'entre eux, sur 14, figurent sur la liste où nous avons inscrit les malades qui n'ont pu être qu'insuffisamment soignés à cause de leur état grave ou du manque de temps, on voit, qu'en somme, c'est là cependant un bénéfice très sérieux, en égard à l'effort fourni.

Deuxième série.—15 tabétiques avaient des troubles analogues aux précédents, mais moins accentués. L'attitude debout, la marche, étaient gênées, difficiles, pénibles, mais tous pouvaient marcher, d'une façon plus ou moins défectueuse, au moins au bras d'une aide, et avec quelques précautions.

Deux ont retrouvé une marche absolument normale, aussi bien sur un terrain plat que sur un terrain accidenté ou dans des escaliers, en pleine lumière ou dans la pénombre, ou au crepuscule, etc. Ils font des marches de plusieurs kilomètres, ils stationnent dans la rue à leur gré, se meuvent dans la foule, toujours sans canne, et avec une allure parfaitement régulière.

Cinq marchent bien, mais leur allure est encore hésitante, faute d'assurance et d'habitude, et leur marche ne peut leur rendre les mêmes services qu'une marche normale.

Les 8 autres sont incomplètement corrigés, mais ils figurent tous sur les listes de malades dont le traitement a été trop court pour qu'ils puissent obtenir des résultats absolument satisfaisants.

Troisième série.—27 malades avaient aussi des troubles généraux d'ataxie, mais plus légers. Ils marchaient plus ou moins régulièrement seuls, vaquaient à leurs affaires, et, sans trop de peine, pouvaient vivre de la vie ordinaire.

Après le traitement: 14 sont complètement guéris, c'est-à-dire que rien dans leur allure ne révèle la maladie dont ils sont atteints. Ils portent des fardeaux, marchent sur tous les terrains, montent aux échelles, font des exercices d'équilibre, etc. Ce n'est que dans l'obscurité que certains troubles de leur marche réapparaissent.

Treize sont améliorés, dans de telles proportions, qu'ils sont en droit d'espérer une prochaine et complète guérison, dès qu'ils pourront consacrer un peu plus de temps à leur traitement.

Quatrième série.—Enfin, dans 3 cas, l'incoordination n'existait qu'à l'état de trouble localisé à quelques muscles. En quelques jours, cette perturbation a été complètement corrigée et ne s'est plus reproduite (hyperextension des genoux, inclinaison de la taille); et, cependant, dans ces 3 cas, les troubles dataient de 18 mois, 5 ans et 12 ans.

CONCLUSIONS

Ainsi, sur 59 tabétiques, trois seulement ne présentaient que des *troubles localisés* (5 p. 100) qui ont *complètement disparu*. Ce sont les cas où le traitement agit avec le plus de rapidité et de facilité.

Dans 56 cas, *l'ataxie était généralisée* (95 p. 100). Elle a *complètement disparu* dans 16 cas (16 + 3 = 19, soit *25 0/0*) dont 14 qui n'avaient eu que des troubles légers, et 2 des troubles d'intensité moyenne. On peut donc en déduire (ainsi qu'il était facile de le prévoir), qu'il est plus aisé de guérir les malades qui n'ont que des troubles légers. Cependant, cette conclusion n'est pas rigoureusement exacte.

En effet, parmi les ataxiques atteints de formes légères et diffuses, certains d'entre eux s'améliorent avec peine et récidivent à plusieurs reprises. Il s'ensuit que, dans ces cas, et sans qu'on en puisse trouver de raison ailleurs que dans la malignité spéciale de la maladie, l'amélioration n'est pas proportionnelle à la légèreté apparente des désordres. D'autre part, si l'on ne tient pas compte du temps passé au traitement, on constate que certains malades, atteins de troubles très accentués, font des progrès plus remarquables que des malades atteints de troubles légers. Dans ce cas, avec un traitement plus long, la balance s'établit en faveur des malades ayant de gros troubles, qui se trouvent ainsi plus améliorés que ceux atteints de troubles légers.

Dans les 40 cas restants, l'amélioration fut tout à fait remarquable chez 26 malades (*33 0/0*); nette, mais insuffisante chez les 14 autres (17 *0/0*); mais 8 d'entre eux avaient fait un traitement trop court et 6 un traitement absolument insuffisant.

En régle génerale, l'amélioration fut donc proportionnelle au

temps consacré au traitement. C'est-à-dire que plus les désordres étaient intenses et généralisés, et plus le temps consacré à les faire disparaître dut être long; mais cependant, il faut tenir compte des circonstances individuelles qui permettent à certains malades de consacrer à leur traitement plus d'intelligence, de patience et d'énergie, dans un temps donné, que d'autres ne le peuvent faire.

Il faut signaler que certaines formes d'ataxie, oú l'on voit apparaître â tout moment des accidents nouveaux, et d'autres formes qui s'accompagnent de douleurs violentes, d'insomnies, de lassitude, de dépression ou de fièvre, etc., contrarient la marche du traitement et s'opposent à ses bons effets.

Ces exceptions étant mises à part, on arrive à cette conclusion que *la rééducation améliore l'ataxie en raison directe de la durée du traitement et de l'application du malade, et en raison inverse de l'intensité de la maladie et de l'étendue des troubles moteurs.*

Groupons, en effet, l'ensemble des chiffres que nous venons d'énumérer dans la série de ces analyses:

Nombre des malades présentés	78
Traitements nuls	25 0/0
— insuffisants	16 —
— incomplets	26 —
— complets	33 —
Améliorations nulles	25 —
— insuffisantes	17 —
— suffisantes	33 —
Restitution intégrale	25 —

C'est donc, au total, 75 p. 100 des malades présentés qui sont soignés et améliorés (59/78) (1).

Si nous comparons maintenant ces résultats au nombre des malades soignés, nous obtenons:

Malades soignés	59
Améliorations	59
Restitution intégrale	19 soit 32 0/0
Résultats incomplets	40 soit 68

Donc, tout malade soigné s'améliore et, sur trois malades soignés, il en est un qui parvient à une pseudo-guérison.

Dans l'ensemble, ces chiffres sont très satisfaisants, puisqu'ils

(1) On voit que le nombre des restitutions intégrales est inférieur au nombre des traitements complets. C'est là une petite déperdition (8 0/0), qui est habituelle dans toutes les thérapeutiques.

donnent, en somme, 75 p. 100 d'amélioration sur l'ensemble des malades à rééduquer; que, d'autre part, il n'y a aucun véritable échec; et qu'enfin, 32 p. 100 des malades se soumettant à toutes les obligations du traitement, arrivent à la restitution intégrale des fonctions motrices.

VI

RÉFLEXIONS

Il nous paraît utile de faire suivre l'étude de ces chiffres de quelques réflexions basées sur la lecture de nos observations.

Nous avons vu que les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses parmi les malades qui avaient échoué dans la rééducation que parmi ceux qui avaient réussi. La raison en est que les femmes sont moins accoutumées à exercer un contrôle sur leurs muscles et à pratiquer les exercices physiques. Aussi le but et l'importance de la rééducation leur apparaissent-ils moins nettement qu'aux hommes, alors que cette thérapeutique leur demande cependant plus d'efforts.

Chez les hommes, l'âge n'a que très peu d'importance. Parmi nos malades arrivés à la *restitutio ad integrum*, figure un vieillard de plus de 70 ans. Parmi ceux qui ont recouvré la marche, est un homme de 67 ans. Il ne marchait plus depuis treize ans. L'ancienneté de l'ataxie n'a pas non plus beaucoup d'importance. Nous avons vu disparaître, en quelques jours, des troubles moteurs datant de 5, 6, et même plus de 10 ans.

Les arthropathies avec destruction ou laxité des capsules et des ligaments, la disposition aux fractures spontanées, peuvent être des contr'indications à la rééducation; mais les anciennes fractures, les déformations osseuses, les arthropathies, même énormes, *sans laxité ligamentaire anormale et sans déplacement* ne gênent en rien le traitement. On ne peut donc, sur ce point, énoncer de règle générale.

L'éducation, l'intelligence, l'énergie du sujet sont des facteurs excessivement importants de succès. Les officiers, les sportsmen sont les meilleurs sujets. *Un homme intelligent et énergique doit guérir.* Au contraire, les hommes peu habitués à la compréhension des exercices du corps, à l'énergie physique, réussissent moins bien.

L'état moral du sujet a moins d'importance. Certains malades découragés, déprimés, persuadés que les exercices ne leur serviront à rien, s'améliorent cependant. D'autres, pleins d'enthousiasme, se félicitant de résultats imaginaires, ou exagérés, progressent mal. Cette seule considération suffirait à prouver que la suggestion n'est pour rien dans les améliorations obtenues par la rééducation.

Du reste, toute l'histoire de ces améliorations démontre qu'*elles sont rigoureusement proportionnelles à la durée et à l'intensité de l'effort fourni par le patient;* et ce n'est pas ainsi que surviennent les améliorations par suggestion.

Le milieu est aussi un facteur très important de succès. Les malades isolés, ou entourés de familles ignorantes des conditions d'une cure de rééducation, ont besoin d'une somme d'énergie beaucoup plus grande, de soins exceptionnels, et s'améliorent beaucoup plus lentement. Au contraire, les malades placés dans un milieu où ils sont constamment surveillés, entraînés, encouragés et corrigés, s'améliorent avec une rapidité très grande.

C'est la constitution de ce milieu, exceptionnellement favorable, qui nous a permis de réduire considérablement à la Malou la durée ordinaire des cures de rééducation et d'obtenir des succès beaucoup plus avantageux (1).

Il est absolument nécessaire que le malade soit visité et exercé une ou plusieurs fois par jour. Abandonné à lui-même, ou à des surveillances incompétentes, il ne peut avoir les bénéfices réels d'une cure de rééducation.

Les résultats donnés par la rééducation sont durables et vont en s'accroissant. Plusieurs de nos malades, suivis pendant 3, 4, 5 années, n'ont cessé de s'améliorer. Aucun n'a eu de rechute. Il n'est pas nécessaire que la malade soit constamment placé sous la surveillance du médecin, mais il faut que de temps en temps il s'y remette, et que, dans l'intervalle de ces cures, il conserve les préceptes qui lui ont été donnés.

Indépendamment du résultat évident sur les fonctions motrices, *la rééducation a une action sur l'état général*, qui est plus importante encore. Par les exercices du corps, elle entretient ou rétablit les fonctions respiratoires et digestives, la chaleur, l'énergie, l'appétit, l'embonpoint, la bonne humeur du sujet. Par l'amélioration de ses mouvements, elle lui fait entrevoir la perspective d'une guérison, et entretient son espoir et son courage. Elle transforme un impotent, un incurable, en un convalescent, qui évolue, non plus vers le désespoir et la mort, mais vers la vie et la guérison.

Et comme le tabès n'est pas la maladie fatalement progressive que l'on croyait autrefois; comme d'ordinaire, après quelques poussées, il s'arrête ou même rétrocède, comme le tabétique soigné n'infecte ni sa

(1) La moyenne de leur durée dans cette station est en effet notablement inférieure à celle que l'on demande d'ordinaire, et à celles que nous avions coutume d'observer en dehors de cette station.

vessie, ni ses bronches, et perd, par conséquent, ses deux principales occasions de cachexie et de mort; comme l'ataxique rééduqué voit disparaître les gros troubles des fonctions intestinales, qui constituent son tourment le plus habituel;—aucun de nos malades n'a eu, pendant nos annés d'observations, de rechute ou de poussée grave de tabès, et tous marchent vers une guérison clinique que certains ont déjà obtenue (1).

Voilà comment peut vivre un tabétique.

Les insuccès viennent seulement du manque d'énergie et de la volonté de guérir qu'on rencontre chez certains malades, ou encore de mauvaises directions thérapeutiques qui les épuisent, les déconcertent, les découragent. Ces malheureux, lassés de vaines tentatives, on n'ayant point de courage pour entreprendre et de ténacité pour continuer, s'abandonnent à leur idées tristes et à leur maladie. Ecroulés, avachis dans des meubles informes et trop vastes, ils perdent peu à peu l'usage de tous leur muscles, cessent de faire des mouvements respiratoires suffisants, de vidér leur vessie et leur intestin. Ils perdent l'appétit et l'entrain, cessent de parler, de se distraire, et voient, tous les jours, diminuer leurs forces et leur poids. Emaciés, affaiblis, sans résistance, ils laissent s'infecter leurs cavités, dont les parois atoniques ont oublié leurs fonctions normales. C'est la vessie d'abord, puis les voies respiratoires, encombrées de mucosités stagnantes, et l'intestin, jamais complètement exonéré. L'infection et la fièvre les cachectisent. L'incoordination des muscles du larynx les met en danger de mort à chaque accès de toux, et tous ces désordres, qu'une direction plus juste et plus énergique aurait bien facilement évité ou fait disparaître, arrivent peu à peu à détruire des organismes robustes.

Voilà comment meurent les tabétiques.

Resultados de la reeducación en el tratamiento de las enfermedades del movimiento.

El Instituto de reeducación motriz de Lamalou ha recibido, durante la temporada de 1902, ciento veintiseis enfermos; ochenta y cuatro de ellos atáxicos. Se pueden dividir los otros cuarenta y dos enfermos en dos grupos: el primero se compone de los enfermos que tienen tics,

(1) Un tabétique, qui ne conserve de son tabès, par exemple, que le signe d'Argyll, l'abolition des réflexes patellaires, et quelques douleurs transitoires, peut être considéré comme guéri, en ce sens qu'il peut vivre de la vie ordinaire et reprendre ses fonctions, parfois très actives et fatigantes, comme celles d'officier, d'industriel, de voyageur de commerce, etc.

calambres, espasmos, corea, ataxia, contracturas secundarias á la artritis, atrofias, parálisis consecutivas á las contusiones, fracturas, que suceden á la inmobilización. Todos estos enfermos han sido muy mejorados ó curados. El segundo grupo se compone de los hemiplégicos, los parapléjicos y los paralíticos agitantes. Estos enfermos tienen poca mejoría por la terapéutica mecánica, pero ésta, si les da algunas ventajas muy apreciables, relativamente á los otros modos deficientes de la terapéutica.

Entre los ochenta y cuatro atáxicos, seis no tenían ninguna indicación por la reeducación, ó tenían contra-indicaciones; no fueron tratados y no tendremos en cuenta los resultados. Se quedan en setenta y ocho.

Diez y nueve no han podido tener una terapéutica seguida y metódica, bien por falta de voluntad é inteligencia, bien por falta de fuerzas ó de tiempo. Quedan cincuenta y nueve. Entonces, por razón de las dificultades y de la duración del tratamiento, es menester contar un déficit de veinticinco por ciento entre los enfermos que vienen tratándose.

Diez y nueve de estos enfermos han podido obtener la desaparición completa de sus síntomas, y una mejoración de su estado general igual á la cura; la experiencia indica que estas remisiones de la ataxia son durables, y que pueden ser definitivas si el enfermo se queda en una línea terapéutica juiciosa.

Entonces treinta y dos por ciento de éxito completo.

Cuarenta y dos enfermos han obtenido mejorías varias, según la intensidad de su enfermedad y la duración de su tratamiento. Así como de éxito incompleto, setenta y ocho por ciento. Pero treinta y tres no han hecho más que un tratamiento insuficiente. Las mejorías, en proporción de la regularidad del tratamiento y la duración de éste, están en proporción de la fuerza de la ataxia.

Los atáxicos mejorados ó curados tenían síntomas motrices varios: movimientos de los ojos, de la respiración, de la digestión, et., etc... tenían sobre todo desequilibrio para andar, ligero ó completo. Catorce tenían imposibilidad de estar de pie, de caminar solos sin apoyarse sobre el brazo del médico.

En ningún caso hemos tenido una agravación de la enfermedad. La temporada del tratamiento fué de cuatro meses, como mínimum de un mes. La importancia de los resultados obtenidos se muestra por la mejoría y la cura del síntoma motriz, así como por el cambio del estado general del enfermo, que por la influencia del ejercicio ó del estado moral, se alimenta mejor, aumenta en peso y encuentra poco á poco su estado normal físico y moral.

El pronostico de l'ataxia locomotriz, mucho mejor que en otro tiempo, puede ser considerado como más favorable en setenta y cinco por ciento de los casos tratados por la reeducación motriz.

Pero esto, requiere un tratamiento serio y técnico muy dificil y aun poco conocido así como una vigilancia muy larga.

Esto explica las desgracias ó los resultados medianos, que esta terapéutica puede dar, cuando es mal ó insuficientemente aplicada.

Resultado da Reeducação no tratamento dos embaraços do Movimento.

O Instituto de Reeducacção motora de «Lamalou» (Hérault) acolheu, durante a estaçâo de 1902, 126 doentes, 84 dos quaes ataxicos. Os outros 42 doente podem ser divididos em dous grupos. O primeiro grupo é formado de doentes accommettidos de tiques, caibras, espasmos, choréa, astasia, abasia, de rigidez secundaria das arthrites, atrophias, paralysias, consequentes de contusôes, de fracturas ou de immobilisasôes. Todos estes melhoraram, uns sensivelmente e os outros ficaram curados. O segundo grupo é composto dos hemiplegicos, dos paraplegicos, e dos paralyticos irrequietos. Estes doentes melhoraram pouco com a therapeutica mecánica; está, porem, ches traz vantagens apreciaveis, com relaçao a pobreza dos outros meios thérapeuticos á que podem recorrer.

Dos 84 ataxicos, 6 não apresentavam indicaçôes bem claras da Reeducaçâo ou apresentavam contra-indicaçôes. Não foram tratados e não serâo contados nos resultados. Restam 78.

19 não puderam aceitar uma therapeutica seguida e methodica, quer por falta de vontade ou intelligencia, quer por falta de forças ou de tempo. Restam 59. D'esse modo, diante das difficultades e do longo tratamento, deve-se prever uma perda de 25 p. 100 no numero dos doentes que a elle se submettem.

19 doentes puderam obter o desapparecimento completo dos accidentes de que eram accommettidos, e uma melhora no estado geral, equivalente á cura. A experiencia mostra que essas remissôes da ataxia sao duraveis, podendo ser definitivas se o doente adoptar no futuro, una linha de conducta therapeutica prudente. Por conseguinte, 32 p. 100 de pleno bom exito.

40 doentes obtiveram melhoras variaveis segundo a intensidade da doença e o tempo que durou o tratamento. O successo foi pois incompleto: 68 p. 100. Mas 33 dos mesmos não tinhâo podido fazer senâao am tratamento insufficiente. As melhoras são, pois, proporcionaes a regularidade do tratamento e o tempo deste ultimo é proporcional a extensâo e á entensidade da ataxia.

Os ataxicos melhorados ou curados tinham embaraços motores variados: embaraço nos movimentos dos olhos, nos movimentos respiratorios e digestivos, nas funcçoês de urinar e defecar, etc. Tinham principalmente, embaraços da permanencia de pé e da marchá, ora rapidos, ora da maior intensidade. Desse modo 14 tinham perdido completamente a possibilidade de ficaram de pé, e de daram um só passo, e 15 so podiam andar com grande difficuldade e tendo um ponto de apoio.

Em caso nenhum houve accidente ou aggravaçâo da doença. O tempo maximo dos tratamentos foi de 4 mezes; e o minimo de 1 mez. A importancia dos resultados obtidos debe ser avaliada nâo sómente pelas melhoras ou pelo desapparecimiento do embaraço motor, como tambem pela mudança do estado geral do doente que, sob a influencia do exercicio e da melhoras moraes que naturalmente accompanham as melhoras physicas, volta a alimentar-se, a resplrar, augmento de peso, e readquire pouco a pouco o seu estado normal, moral e physico.

O prognossico da ataxia locomotora, que aliás é muito menos pessimista do que o de outr'ora, pode, pode, pois, ser considerado como tendo melhorado muito em 75 p. 100 dos casos pela therapeutica reeducadora. Esta, exige, porêm, um tratamento serio, uma technica difficil e ainda muito pouco conhecida e uma longa vigilancia. E'o que explica ós desastros ou os resultados mediocres que essa therapeutica poce dar, qnando é applicada mal ou insufficientemente.

Results of reeducation in the treament of disorderliness involuntary movements.

The Institute of Reeducation motrix, at La Malou (Hérault), received, during thh season of 1902, 126 inmates, 84 of them being afflicted with ataxia. The 42 other patients, may be divided into two groups. The first groupe comprises patients subject to ticks, cramps, spasms, chorea, astasia, abasia,—atrophy, paralysis resulting from contusion, fracture and immobilisation. All these patients have been either gretly relieved or cured. The second group is composed of hemiplegics, paraplegics, and agitant paralytics. The condition of these patients has been but slightly improved by the mechanical therapeutic method, but nevertheless the effects of this method are apreciable when compared with the inefficiency of the other therapeutic means they had been submitted to.

Amongst the 84 ataxic patients, 7 of them not only show no clear signs of improvements, but on the contrary, show symptoms for the

worse; consequently, they have been submitted to no treatment and shall be left aside in reckoning the results. Remain: 78.

19 of them have been deprived of proper treatment, either through want of moral energy or intelligence, either through feebleness or want of time. Remain: 69. Thus owing to the difficulties that arise in the application of this treatment also to the length of period it must be carried on, one should reckon á loss of 25 per cent amongst the patients that come to undergo it.

10 have been completely delivered of their fits and the improvement in their general condition may be considered equivalent to a cure. Experience shows that these cures of ataxy are lasting and may become definitive, on condition that the patient shall continue in future to submit to a wise medical regime. Thus, we have 32 per cent of perfect success.

In 40 cases, improvement has been obtained, warying in degree according to the intensity of the illness and the duration of the treatment. Here, the success was incomplete by 68 per cent, But, for 33 of them, the treatment was insufficiently carried on. Thus, improvements depends upon the regularity of the treatment, and the treatment is subjec to the extent and degree of intensity of the illness.

The ataxic patients either partially or totally cured were afflicted with various disorders in motion: disorders in the movements of the eyes in those of respiration and digestion, of miction and defecation, etc. They were principally subject to disorders, sometimes slight at other time very intense, when in a standing position or when they attempted to walk. Thus, 14 of them were incapable either of standing or walking a single step, and 15 could walk but with great difficulty and only when helped.

In not a single case, did we meet with accidents or aggravation of the illness. The duration of the treatments were 4 months maximum, and 1 month minimun. The importance of the results obtained is attested, not only by improvement or removal of disorderliness in motion, but also by a change in the general condition of the patients, who, under the influence of exercise and mental improvement, which is a natural companion to physical amelioration, regain appetite, breathe with greater facility, increase in weight, and gradually return to a normal moral and physical condition.

The prognostic of locomotor ataxy, which is now much less pessimist than it formerly was, may, in 75 cases per cent, be considered greatly improved by therapeutic reeducatrix method. But this method requires a serious treatment, a mode of application difficult and

as yet very little known, and to be carefully watched. This explains the failures and poor results obtained by this method, when badly or insufficiently applied.

Ergebnisse der Wiedererziehung (Rééducation) in die Kur der Bewegungsstorungen.

Die Anstalt bei Lamalou (Hérault), für bewegende Wiedererziehung hat, während die Kurzeit des Jahres 1902, 126 Kranken empfangen, deren 84 ataktischen.

Die 42 anderen können in zwei Gruppen vertheilt werden. Die erste besteht aus Kranken die von Zucken, Krampfen, Veitstanz (Chorée), Astasie, Abasie, Muskelnsteifigkeiten, der Gichten erfolgend, Darrsuchten, Laehmungen welche die Kontusionen, Bruche, Unbeweglichkeiten erfolgen, befallen sind. Alle diese Kranken, wurden verheilt oder sehr verbessert. Die zweite Gruppe besteht aus hemiplegiken, paraplegiken und Parkinson'schen Kranken. Diese Kranken wurden durch die mechanische Therapeutik wenig verbessert, aber doch, giebt sie ihnen einige schätzbare Vortheile in Rücksicht auf die Armseligkeit der andereren therapeutishen Mitteln.

Unter den 84 Ataktischen boten 6 keine sehr deutlichen Anzeigen der Wiedererziehung, oder Wideranzeigen. Sie wurden nicht kurirt und man wird sie in den Ergebnisse nicht berechnen; bleiben 78.

19 Konnten eine unterbrochene und methodische Therapeutik nicht annehmen; es sei durch Mangel der Wille, der Klugheit, der Kraft oder der Zeit. Bleiben 59. So, in Rücksich auf die Schwierigkeit und das Dauer der Kur, muss man ein 25 p. 100 tes Verlust, voraussehen, unter die Kranken die sich ihr unterwerfen können.

19 Kranken erhielten eine volle Verschwindung ihrer Unfälle und eine Ausbesserung ihrer allgemeines Befinden die mit der Heilung gleichen Werth hat. Die Erfahrung zeigt dass diese Nachlassen der Ataxie dauerbar sind und in Zukunft endgültig werden können wenn der Kranke in eine weise therapeutische Lebensreihe bleibt. Also 32 p. 100 volles Erfolg. 40 Kranken erhielten veränderliche Ausbesserungen der Krankheitskraft und der Kurdauer gemäss. Also unvollständiges Erfolg 68 p. 100. Aber 33 ihrer konnten nur ungenügend kurirt werden. So ist die Ausbesserung der Kurregelmässigkeit proportionnal und jener Dauer ist es der Weite und der Kraft der Ataxie.

Die verbesserten oder verheilten Ataktischen empfanden verschiedene Bewegungsstörungen: Störungen der Augen, der Athmens—und

Verdauungs—Bewegungen, der Mischung undd er Ausleerung. Hauptsächlichts hatten sie bald leichte, bald sehr heftige Aufrechtstehen—und Gangstörungen. Se hatten 14 die Möglichkeit des Stillstandes und der Marsch ganz verloren, und 15 konnten nur mit Hülfe einer Stütze und mit vieler Mühe, marschiren.

In keinem Falle gab es Unfall oder Erschwerung der Krankheit. Die grösste Dauer der Kuren war 4 Monate, die kleinste, 1 Monat; die Wichtigkeit der erhaltenen Erhebnisse mässt sich nicht nur zur Ausbesserung oder zur Verschwindung der Bewegungsstörung, sondern auch zur Veränderung der Krankenbefinden, dass unter den Einfluss des Leibesbewegung und der moralischer Ausbesserung welche die physiche Erbesseruug natürlich begleiteit, siche wieder ernährt, athmet, vermehrt sein Gewicht und nach sein gewöhnliches physisches und geistliches Befinden wieder findet.

Das Urtheil der bewegende Ataxie, dass übrigens viel weniger pessimist ist als ehemals, kann in 75 p. 100 der Fälle durch die wiedererziehungs Therapeutik als sehr ausbessert angeschaut sein. Diese aber verlangt eine ernste Kur, eine schwere noch sehr wenig bekannte Technik und eine lange Aufsicht. Dieses erklärt die Verluste oder die mittelmässige Ergebnisse die diese Therapeutik geben kann wenn sie schlecht oder einer unzureichender Weise angewendet wird.

Risultati della Rieducazione nel trattamento dei disordini del moto.

L'instituto di Rieducazione motrice di Lamalou, ha accolto, durante la stagione del 1902, 126 ammalati, di cui 84 atassici. Gli altri 42 ammalati si possono ripartire in gruppi due.

Il primo gruppo è composto da ammalati affetti da ticchi, granchi, spasmi, corea, astasi, abasie, contratture secondarie alle artriti, atrofie, paralisie procedenti da contusioni, fratture, immobilizzazioni. Tutti questi ammalati, o ritrassero notevolissimo allivio, o vennero guariti. Il secondo gruppo lo formano gli emiplegici, paraplegici e paralitici irrequieti. A questi recò poca miglioria la terapeutica meccanica, per altro essi ne ricavarono taluni vantaggi da apprezzarsi, qualora si tenga a mente la penuria e dificienza degli altri mezzi terapeutici a riguardo loro.

Sugli 84 atassici, 6 non presentavano indicazioni ben precise per Rieducazione o presentavano contro-indicazioni. Non vennero sottoposti a trattamento e non se ne terrà conto al sommare i risultati; quindi restano 78.

Per 19 di questi non fu possibile che accettassero una terapeutica

continua e metodica, sia per il loro poco intelletto e poca volontà, sia venissero meno loro le forze o mancasse il tempo. Rimangono 59: Tenendo quindi conto delle difficoltà e della durata di questo trattamento, bisogna prevedere un calcolo di 25 per cento sugli ammalati che imprendono di sottomettersi al trattamento.

19 ammàlati hanno conseguito vedere sparire del tutto gli accidendi cui soffrivano con immegliamento nel loro stato generale equivalente a cura completa. La sperienza dimostra essere le accenate remissioni dell'atassia durevoli ed anche tornarsi definitive, purchè l'ammalato nell'avvenire si mantenga sul terreno di giudiziosa condotta terapeutica. Dunque, pieno successo: 32 per cento.

40 ammalati hanno ottenuto miglioramenti variabili secondo l'intensità del male e la durata della cura. Dunque parziale successo: 68 per cento. Ma, 33 di quelli non avevano potuto seguire che un trattamento insufficiente. Il miglioramento è per tanto proporzionato alla regolarità del trattamento, e la durata di questo all'estensione ed intensità dell'atassia.

Gli atassici cosi curati o in via di guarigione soffrivano di disturbi motori diversi: perturbamenti dei movimenti degli occhi, dei movimenti della respirazione, digestione, orìnazione, defecazione, etc. etc. Sopratutto pativano di disturbi nello stare diritto e nell'andare a volte leggieri, a volte intensissimi. Così per 14 di essi non c'era assolutamente più possibilità di reggere in piedi ed anche di dare un passo, e 15 altri non camminavano che a grandissimo stento ed appoggiandosi.

In nessun caso non si ravvisarono accidenti od aggravazione del male. La durata massima dei trattamenti è stata di mesi 4; la durata minima d'un mese. La importanza dei risultati conseguiti si misura non tanto dal miglioramento o dalla cessazione del disturbo motore, quanto dal cambio nello stato generale del soggetto, che, sotto l'influenza dell'esercizio e dell'allivio morale che accompagna, naturalmente, il miglioramento fisico, ricomincia ad alimentarsi, a respirare più libero, va aumentando di peso e si ritrova, poco a poco, nel suo pristino stato normale sì morale che fisico.

Il pronostico dell'atassia locomotrice, oggidì, del resto, molto meno pessimista che nel tempo passato, può dunque considerarsi come migliorato assai, in 75 per cento dei casi mercè la terapeutica rieducatrice. Essa, per altro, richiede un trattamento serio, una tecnica difficile e sinora pochissimo conosciuta nonche un'assidua e protratta vigilanza. Vale questo a spiegare i mali esiti o i mediocri risultati che questa terapeutica da, a veci, quando non e bene o non sufficientemente applicata.

LE PROBLEME DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE VOLONTAIRE

par Mr. FRENKEL (Heiden).

Schlüsse.

1. Der principielle Unterschied zwischen reflectorischer u. willkürlicher Bewegung ist nicht aufrechtzuerhalten.
2. Eine willkürliche spontane Muskelcontraction, in dem Sinne, dass sie eine Function des Willwens allein darstelle, giebt es nicht.
3. Die willkürliche Bewegung ist im Allgemeinen u. im Einzelnen mitbestimmt durch den Zustand des sensiblen Nervensystems.
4. Schwere Störungen der Sensibilität resp. Anaesthesie, machen eine willkürliche Bewegung unmöglich.
5. Störungen der Sensibilität modificiren nicht nur die Coordination der Muskelgruppen, sondern auch die einfache Contraction der Muskelfaser.

EFFICACITE DE LA REEDUCATION DANS LES CAS LES PLUS AVANCES DE L'ATAXIE TABETIQUE

par Mr. FRENKEL (Heiden).

Schlüsse.

1. Die Uebungstherapie bewährt sich vollkommen auch in den schwersten Formen tabischer Ataxie.
2. Die Resultats hängen ab von dem angewandten Verfahren. Sie sind mit der Apparatenbehandlung nach v. Leyden-Goldscheider-Jacob. nicht zu erreichen.
3. Dass die Tabes dorsalis eine progressive Krankheit sei, ist nicht bewiesen. Die Resultate der Uebungstherapie sprechen dagegen.
4. Mit der Einführung der Uebungstherapie hat sich auch die Prognose der Tabes selbst wesentlich geberssert.

Discussion.

Mr. SCHULLER (Wien): Dit que le caractère passager de la parésie ne parle pas contre la nature neuritique de la parésie; elle se trouve aussi dans des parésies d'une autre étiologie.—2) Le caractère neuritique de quelques parésies tabitiques se manifeste par des troubles de la réaction électrique.

KUNSTFEHLER IN DER UEBUNGSTHERAPIE DER TABES UND IHRE FOLGEN

par Mr. AUGUST FRANK (de Smichow).

Zu den grössten Errungenschaften, welche die Medicin in den letzten Jahren aufzuweisen hat, gehört unstreitig die von Frenkel in Heiden inangurierte Behandlung des tabischen Ataxie.

Es ist eine auffallende Thatsache, dass den mit ihr erzielten glänzenden, aus Wunderbare streifenden Resultaten, wie wir sie alljährlich an einem grossen Krankenmaterial in Heiden—und in Paris—zu sehen Gelegenheit haben, dass diesen unfehlbaren, mit Sicherheit bei Beginn der Kur stets voraus zu bestimmenden Erfolgen durchaus unbefriedigende Ergebnisse, ja leider oft Verschlechterungen der Zustandes gegenüberstehen, wenn die Kranken anderwärts behandelt wurden, welche es erklärlich erscheinen, lassen, dass von vielen Autoren der Wert der Uebungsbehandlung überhaupt, wenn nicht vollständig in Zweifel gezogen, so doch für wenige Fälle beschränkt erachtet wird.

Wenn wir nach den Ursachen dieser bedauerlichen Erscheinung forschen, so wir uns uicht schwer, diesselben zu erkennen. In Heiden sahen wir in den letzten Jahren nur wenige Tabiker, welche vorher noch nicht mit «Uebungen» behandelt worden sind. Und es erscheint umso verwunderlicher, dass trotzdem von Frenkel und anderen Autoren, zuletzt auch von mir die Wichtigkeit der technischen Seite betont und auf die grossen Gefahren und Schäden, besonders der Apparatotherapie aufmerksam gemacht wurde, deren widersinnige Anwendung klar gelegt wurde, dass bei der Behandlung der Tabiker gerade diese unzweckmässige und so verhängnissvolle Anwendungsweise von den Aerzten bevorzugt wird, während doch von vornherein anzuneh-

men wäre, dass die vom Meizter theoretisch begründete und praktisch bis in die feinsten Details ausgebaute Methode der Uebungstherapie kat'exochen immer weitere Kreise von Anhängern erobern müsste.

Die Befürchtung, dass diese Methode, welche zweifellos einen bis vor wenigen Jahren ungeahnten Fortschritt in der Behandlung einer bisher für unheilbar gehaltenen Erkrankung bedeutet, durch diese prinzipiell falsche Anwendungweise in Misscredit gerathen könnte, ist die Veranlassung, sich wieder und wieder mit diesem Gegenstande zu beschäftigen. Es erwächst für den Arzt, der von der Ueberzeugung fest durchdrungen ist, dass der springende Punkt in dieser hochwichtigen Frage allein in der Art der Durchführung der Behandlung, in der technischen Seite zu suchen ist, die unabweisliche Verpflichtung, auf Grund immer neuer Erfahrungen und Studien dieser Ueberzeugung auf's Neue Ausdruck zu verleihen.

Ich habe versucht in meinem Vortrage: «Wie wird die Uebungstherapie von Frenkel in Heiden gehandhabt» die Grundsätze und Maximen, die Grenkel nach jahre langen Erfahrungen als die richtigen erkannt hat und befolgt, auseinanderzusetzen. Meine Aufgabe wird es heute sein, zu beweisen, inwiefern sich die Aerzte, welche von diesen Prinzipien abweichen, Fehler schuldig machen, welche ich nicht anstehe, als strafbare Kunstfehler zu erklären; ich bin auch der Meïnung, dass es ein nicht genug zu rügender Missbrauch ist, all diese widersinnigen, gefährlichen Wiederholungen unzweckmässiger Bewegungen als «Frenkel'sche Uebungen» zu bezeichnen.

Meine Einwendungen richten sich gegen verschiedene Seiten. Während Frenkel in Heiden bei der Ataxiebehandlung streng individualisirend vorgeht, die Wahl und Reihenfolge der Uebungen nach einem vom Einfachen zum Complizirten aufsteigenden System bestimmt, grosses Gewicht auf die Dosierung. die Dauer der täglichen Uebungen legt, welche mit Rücksicht auf das bei Tabes oft herabgesetzte oder fehlende Ermüdungsgefühl besonders vorsichtig und exact nach genauer Pulscontrolle verordnet werden, haben wir bei Kranken, welche vorher anderwärts beandelt wurden, die Erfahrung gemacht, dass fast in allen diesen Punkten schwer gesündigt wird, gesündigt zum Schaden der Kranken. Dass nicht individualisirt wird sondern schematisch un planlos darauf «los» behandelt wird, ist leider eine unbestreitbare Tatsache.

Und dieser Vorwurf der Plan und Systemlosigkeit ist wohl einer der schwersten, die dieser Art «Uebungstherapie» mit Recht gemacht werden müssen. Die unverantwortliche Sorglosigkeit, mit welcher Aerzte und selbst solche, die sich speziell mit dieser Methode befassen

in allererster Linie die Berliner Schule, einer so complizirten und in jedem einzelnen Falle besondere Anforderungen an die Kunst des erfahrenen Arztes stellenden Erkrankung, wie die tabische Ataxie, gegenübertreten, müchte ich durch ein Beispiel illustrieren, das ich jüngst in meiner Prager Privatpraxis erlebtè, wo dem Kranken von dem behandelnden Arzte einfach das Goldscheider'sche Büchlein in die Hand gegeben wurde. Vielleicht hat der betreffende College, von Erkenntnis ausgehend, dass auch der Arzt in der bezüglichen Anweisung für ein zielbewusstes Handeln keine entsprechende Richtschnur entnehmen kann, so gehandelt, in der Hoffnuug, dass nach dem Dichterworte «ein guter Mensch in seinem dunkeln Drange ist sich des rechten Weges wol bewusst», vielleicht der Patient selbst eher das für ihn Geeingete herausfinden könnte.—Die schärfste Kritik und Verurtheilung verdient jedoch folgender Vorgang, von dem wir durch einen Kranken Kenntnis erhielten, der im letzten Sommer aus dem Auslande nach Heiden gesandt wurde. Derselbe consultierte auf der Durchreise in Berlin eine bekannte Autorität, welche ihn gleich dort behandeln liess. In den 14 Tagen, welche dieser intelligente und sehr gebildete Kranke bei welchem es sich um einen leichteren Fall von beginnender tabischer Ataxie handelte, dort aushielt—dann lief er davon,—bestand die Uebungskur darin, dass er täglich eine halbe Stunde etwa auf einem unbeweglichen Velocipede sitzen und die Pedale treten musste.

Es ist wohl nicht zu viel gesagt, wenn ich behaupte, das wenn der Kranke auch noch 1 Jahr täglich auf dem Velocipede sitzen würde, er vergebens auf eine Besserung seiner Gehfähigkeit warten würde. Die kostbare Zeit aber, welche in diesem für die Behandlung so günstigem Anfangsstadium, so nützlich hätte verwendet werden können, wurde in diesem Falle zur Ruinierung seiner Muskelkraft verwendet.

Was die Apparatotherapie im Allgemeinen anlangt, so könnte es uns mit Befriedigung ertüllen, wenn wir lesen, dass Goldscheider (Therapie der Gegenwart 1902 IV) (Leyden Festnummer) sich dagegen verwahrt, zu den Vertretern derselben gezählt zu werden, wenn diese Erklärung offen und ehrlich und nicht durch kleinliche Wortspielerei verklausuirt gegeben würde, da Goldscheider es nicht unterlassen kann, im nächsten Satz für die Apparatotherapie eine Lanze zu brechen, indem er sagt:

«Unter Umständen ist es jedoch zweckmässig, den Leuten bestimmte Apparate zu geben, z. Th. deshalb, um die Sache unterhaltènder zu machen und einem Spiel ähnlicher zu gestalten, z. Th, auch, um si-

cher su gehen, dass sie die Bewegungen in einer gans bestimmten durch den Apparat vorgeschriebenen Weise ausführen».

In dem ersten Theil der Begründung führt Goldscheider eigentlich ein neues Moment in die Therapie ein: «Die Unterhaltung der Kranken». Es wird uns durchaus nicht Wunder nehmen, wenn wir nächstens hören werden, dass es sich empfiehlt, während der Massage etwa gleichzeitig ein Orchestrion spielen zu lassen—mit der Motivirung—«um die Behandlung unterhaltender zu gestalten».

Und wenn Goldscheider der Apparatotherapie aus dem Grund wieder das Wort redet, weil, wie Huchzermayer—Oynhausen (Therapie der Gegenwart 1902 VI) tadelnd sagt, nicht nur Aerzte und Curpfuscher, sondern auch das Patientenpublicum eine besondere Vorliebe für Heilmethoden zeigt, welche sich mechanischer oder mas hineller Kräfte bedinen, weil sie den Eindruck sicher berechenbarer Wirkung hervorrufen, so ist dies umsomehr bedauerlich, als die Autorität eines Vertreters der Wissenschaft dieser Irrlehre den Schein der Berechtigung verleiht.

Der zweite Theil der Begründung enthält alle Fehler dieser falschen Anwendungsweise, welche Frenkel als solche erkannt, des öfteren klar gelegt und deren Widerssin er bewiesen hat; um es zum Ueberfluss zu wiederholen, ist die Verwendung von Apparaten schon deshalb verfehlt, weil eine solche Praezision bei der Gehbewegung, wie sie hier gefordert wird, für dieselbe nicht nur gänzlich überflüssig und wertlos ist, sondern durch unnötigen Verbrauch der kostbaren Muskelkraft und die durch die Erfolglosigkeit bei den Patienten hervorgerufene Aufregung der Zustand der Kranken geradezu verschlechtert wird.

«Aber abgesehen von dem zweifelhaften Werte übergrosser Präzision bei der Uebungstherapie sagt Frenkel in seinem Werke-so glauben wir nackgewiesen zu haben, dass gerade bei der Anwendung der Apparate den einzelnen Bewegungen ein grosser Spielraum gelassen ist, da nur das Ziel, das Ende der coordinirten Bewegung durch den Apparat präzisirt ist, nicht aber jede einzelne Gliedbewegung, aus welcher sich die Aufgabe zusammensetzt. Das ist aber gerade die Hauptsache, nämlich die Zerlegung der incoordinirten Bewegung in deren Bestandteile und die Wiedereinübung jeder Phase vom Moment wo das Glied die Ruhelage verlässt, bis zu dem, wo es sie wiedererlangt.»

Es erhebt sich aber doch vor Allem die Frage, ob die mit Hilfe der Apparate erzielten Erfolge wirklich so glänzende sind, dass sie sich mis unseren überhaupt vergleichen lassen. Wenn dem so wäre,

so wäre es wirklich bedauerlich, wie Goldscheider vornehm zu bemerken beliebt, dass Frenkel gleichgerichtete Bestrebungen als Rivalitäten betrachtet und in massloser Weise herabwürdigt-vergebens aber suchen wir nach solchen Berichten von beseitigter Ataxie. Ich finde, dass Goldscheider sehr bescheiden in seinen Ansprüchen an die Therapie zu nennen ist wenn er um die so erzielten Resultate zu preisen, ebend von einem Falle aus der Klinik aus dem Jahre 1890/1 berichtet, welcher im sog. paraplectischen Stadium zur Aufnahme gelangte und soweit gebracht wurde, dass die Patientin mit Führung Treppenstufen zu steigen vermochte.

Wir geben uns nur zufrieden, wenn wir den Ataktiker in den Stand setzen, dass er seine selbstständige Bewegungsfähigkeit und Sicherheit wiedererlangt; das Ziel unserer Behandlung geht dahin, selbstverständlich auch in den schwersten Fällen den Kranken seinem Berufe wieder zu geben, Erfolge, die durchaus nichts seltenes sind und welche in jedem Falle zu erreichen sind, wenn nur der Patient entsprechend lange sich der Cur widmen kann. Die Resultate der Behandlung hängen, wie schon wiederholt betont wurde, nicht von der Schwere des Falles ab, sondern von der Dauer der Behandlung.

Während Goldscheider u. A. von den mit der Apparatotherapie erzielten Erfolgen berichtet, welche in gar keinem Verhältnisse zu der angewandten Zeit und Muhe stehen und welche, wie gesagt, recht mässige sind, müssen wir constatiren, dass uns alljährlich traurige Beispiele von dem Unheil, das diese Therapie bei Kranken angerichtet hat, zu Gesichte kommen. Wir sind aber nicht die einzigen, die diese Beobachtung machen.

Wenn ein erfahrener Fachmann, wie der schon vorhin citirte Huchzermayer, über die Verbreitung der Apparate und den damit betriebenen Missbrauch klagt und erklärt, dass er vergebens bei der überhandnehmenden Methode nach zahlreichen Fällen sucht, in denen ein erheblicher und bleibender Nutzen geschaffen wurde, im Gegentheil den Eindruck gewonnen hat, dass die Zahl der in verhältnismässig kurzer Zeit sich entwickelnden schweren Lähmungsformen eher zu als abnimmt, so findet man in dieser so deprimirenden Anführung von Tatsachen nur eine Bestätigung dessen, was Frenkel in der Leyden'schen Festnummer (deutsche med. Presse No. 8, 1902, folgendermassen ausdrückt: «Und die Resultate dieser bunt durcheinandergemischten gymnastich akrobatischen Therapie? Wir möchten alles was darüber zu sagen wäre, in die melancholische Bemerkung zusammenfassen, dass Summa Summarum unter sämmtlichen Tabeskranken sicher das «Ueben» mehr Schaden als Nutzen gestiftet hat».

Wie Huchzermayer weiter sehr richtig die Befürchtung ausspricht, wird die Weiterentwicklung in diesem Sinne bald dazu führen, dass der Gesichtpunkt der Verzinsung und Amortisation der Apparate alle andere Erwägungen in den Hintergrund drängen wird, was Frenkel übrigens auch schon s. Z. prophezeiht hat. Die wissenschaftliche Uebungstherapie hat aber mit diesen Dingen gar nichts gemein. Sie ist eine theoretisch wohl fundierte Methode.

Um kurz diese Prinzipien zu resumieren: Wir gehen von der Voraussetzung aus, welche die überwiegende Mehrheit der Neurologen gegenwärtig theilt, dass die Störung der Bewegungsfähigkeit des Körpers hervorgerufen wird durch den Verlust der Sensibilität, sobald dieser eine gewissen Intensität erreicht hat. Unsere Therapie hat die aufgabe, die anormal gewordenen Bewegungen des Körpers in normale zu verwandeln. Die Voraussetzung dazu ist, die unumgänglich nothwendigeKenntnis der normalen Körperbewegungen im Einzelnen. Wie Frenkel gezeigt hat, beruht die Möglichkeit der willkürlichen Locomotion des menschl. Körpers der eigentümlichen Bewegungsfähigkeit des Rumpfes, wie Frenkel charakteristisch sagt: «Der Mensch geht mit dem Rumpf» —selbstverständlich steht man auch mit dem Rumpf daraus folgt, dass das Wesen der Therapie darin besteht, die Actions fähigkeit des Rumpfes zu beeinflussen, und darauf concentrieren sich alle unsere Bestrebungen. Da nun bei der Apparatotherapie (bei den Uebungen am Barren etc.) dieses Moment der Rumpfbewegung gänzlich ausser Acht gelassen wird, hat dieselbe von vornherein keine Existenzberechtigung als rationelle Therapie.

Von demselben Standpunkte aus müssen die Uebungen beurtheilt, beziehungsweise verurtheilt werden, welche, wie wir öfter hören, in der unsinnigsten Weise den Kranken Vorgeschrieben werden, wie z. B. die sog. Gehbewegungen im Liegen, denen wir in den Berichten der früher anderwärts behandelten Kranken öfter begegnen, welche folgendermassen ausgeführt werden sollen: Bein gestreckt heben, beugen, strecken dann Fuss und Zehen plantarwärts beugen-und Bein senken.

Diese und ähnliche Uebungen zeugen nicht nur von der Unkenntnis der Mechanik der Körperbewegungen, sondern sind dadurch gefährlich, dass der Kranke gezwungen wird, das gestreckte Bein längere Zeit frei in der Luft zu balanzieren und so eine bedeutende Muskelarbeit leisten zu müssen, deren schädliche Folgen als Ueberanstrengung in umgekehrt proportionalem Verhältnisse zu dem kaum in Frage kommenden geringen Werte der Uebung als Coordinationsaufgabe stehen, Fuss und Zehen plantarwärts zu flectieren, halten wir für di-

rect contraindicirt bei der grossen Neigung der Tabiker, den Fuss in Equinusstellung zu halten, gegen welche wir gerade im Gegentheil therapeutich ankämpfen.

Weniger gefährlich, desto sinnloser sind sogenannte Gehübungen im Liegen, wobei abwechselnd ein Bein gebeugt, das andere gestreckt wird. Diese Strampelbewegungen, sowie Beinübungen in der Seitenlage, die ebenfalls verordnet wurden, verdienten kaum ein mitleidiges Lächeln, wenn es sich nicht um eine so ernste Sache handeln würde, wie sie die Ataxiebehandlung ist und wenn diese Verordnungen nicht von Seite namhafter Aerzte stammen würden.

Eine weiterer Beweis für die wiederholt von uns constatierte, bedauerliche Tatsache, dass die wenigsten Aerzte, welche sich mit Uebungstherapie befassen, die dazu notwendige Kenntnis der Mechanik der Körperbewegungen erworben haben, bildet folgende, in ihrer Ungeheuerlichkeit ihres gleichen suchende Uebung, darin bestehend, dass die Kranken zuerst mit den Fusspitzen auftreten, und so gehend sich weiter bewegen, müssen, eine Uebung, welche alle die Gefahren bietet, vor denen wiederhol gewarnt zu haben, auch Frenkels Verdienst ist. Es ist wohl müssig, nach dem Motiv zu suchen, dem diese unwissenschaftliche; und irrationelle Anwendungsweise ihre Entstehung verdankt, die sich in kindlicher Weise bemüht, das sog, Talonieren zu paralysieren, als ob es angienge, eine so complizierte Krankheitserscheinung, wie die tabische Bewegungsstörung einfach einzurenken.

In dieselbe Kategorie gehören die Uebungen im Sitzen, um das Abwickeln der Ferse beim Gehen wieder einzuüben. Wer nur einmal aufmerksam die normale Gehbewegung verfolgt hat und sich klar geworden ist, dass schon durch das Verlegen des Körpergewichtes auf das vordere Bein (sog. Stützbein) einfach durch die Schwere des auf dasselbe verlegten Rumpfgewichtes allein die Ferse des hinteren Schwung-Beines vom Boden abgewickelt wird, muss zugeben, wie sinnlos und-zum Mindesten überflüssig solche Massnahmen erscheinen. Als ebenso zwecklos, wie gefährlich haben wir s. Z. das Beinkreisen, das Buchstabenzeichnen mit den Beinen in der Luft gekennzeichnet, schon aus dem Grunde allein gefahrvoll, weil diese Akrobatenkünste in der Regel ohne ärztliche Beaufsichtigung gemacht werden und durch Ueberanstrengung fast stetz zu schwerer Schädigung der Muskulatur führen. Zum Beweise führen wir folgende Fälle die in unser Beobachtung standen, die nach anderwärts erlittenen Misserfolgen in unsere Behandlung kamen.

Herr D. W. aus P. 40 J. war im J. 1900 in Nauheim. Aus der dem

Pat. gegebenen schriftlichen Anleitung zu den Uebungen, die er dort machte, entnehme ich folgende Anweisungen:

IV. Uebg: r. Bein ausgestreckt gerade haben, ruhig halten, langsam zurück, ebenso 1. dann mit beiden Beinen, hernach abwechselnd r. und 1., jede Uebung 3-4 mal.

VI. R. Bein hochheben, in 5 Tempo, ein Quadrat beschreiben, ebenso 1., hernach mit beiden Beinen.

VII. Fuss anziehen und ausstrecken (das Bein dabei ruhig ausgestreckt lassen) erst r., dann 1; dann beide, hernach abwechselnd.

VIII. Fuss im Gelenke drehen, jeder Fuss für sich, dann mit beiden zugleich, dann entgegengesetzt, dann in einander drehen.

Pat. berichtet spontan dass er in Nauheim, wo er überdies gleichzeitig eine Badecur durchmachte, soviel in 1/2 Stunde übte, wie in Heiden in 8 Tagen. Das Resultat dieser «Cur» war dass Pat. viel schlechter Nauheim verliess, als er hingekommen; die Verschlechterung betraf sowohl den Allgemeinzustand, als die Gehfähigkeit.

Herr P. S. aus S. 37 J. alt. Verordnungen eines Berliner Neurologen im J. 1898:

1. Auf den Fusspitzen auftreten, mit Benützung des Stokes;

2. Auf einen Stuhl gestützt, tiefe Kniebeuge machen und wieder aufrichten;

3. Auf schmaler Linie gehen. Dauer und Anzahl der Uebungen unbestimmt, nur empfohlen: «je öfter, desto besser.»

Uebungen wurden ohne arztliche Aufsicht durchgeführt. Der Effect war eine Verschlechterung seiner Gehfähigkeit.

Frau L. H. aus W., 43 J. alt, war 1900 in Neu Wittelsbach, übte 8 Wochen unter ärztlicher Aufsicht: Auf schmaler Linie gehen 1/2 Stunde täglich ununterbrochen nach Zählen, Treffübungen mit dem Fuss im Sitzen. Keine Bettübungen. Zugleich mit der Bewegungskur Badecur (Kohlensäure-Bäder.)

Resultat: constante Verschlechterung bis zur Unmöglichkeit, auch nur selbstständig durchs Zimmer zu gehen.

Herr H. aus K. 51 J. alt im Frühjahr 1900 in Königsberg Uebungscur allein, ohne ärztliche Beaufsichtigung täglich 3 mal zu je 5 Minuten: abwechselnd ein Bein hochheben, beugen (ohne die Bettdecke zu berühren) senken.

2. Gehen auf der schmalen Linie (einen Fuss vor den anderen setzen).

3. Sich auf den Zehenspitzen heben-Kniebeugen (Wippen) langsam sich aufrichten.

Pat. berichtet, dass er nach solchen Uebungen zusammengebro-

chen ist; «vor der Cur ipsissima verba-kannte ich noch keinen Stock, das Resultat war, dass er seither nur mit Stock mehr gehen konnte.

Ich habe bisher gezeigt, welche Fehler begangen werden, betreffend die Art der Uebungen. Ueber die Fehler in der Auswahl der Uebungen, sowie deren Reihenfolge kann ich mich kurz fassen.

Die Berliner Schule gibt in ihren Anleitungen keine Directive in dieser Hinsicht, sie kann bei der Prinzipienlosigkeit der Sache keine geben-es wäre ja sehr schwer, einen Grund zu nennen, warum der Kranke zuerst am Gitterapparat, dann beim Kegelapparat, nachher bei der schwebenden Kugel (und wie diese schönen Erfindungen alle heissen) oder umgekehrt, oder nur an diesem oder jenen Apparate üben soll, im Gegensatz zu den Frenkel'schen Uebungen, deren Wahl und Reihenfolge genau dem Einzelfalle entsprechend zu bestimmen sind und bestimmt werden müssen.

Die Dosierung ist, wenn man überhaupt von einer solchen sprechen kann, eine ganz willkürliche, meist jedoch dem Belieben und der Lust des Kranken überlassen. Wir verfügen auch diesbezüglich über die mannigfaltisgten Angaben solcher Patienten.

Meist hören wir, dass eine Uebung 5 mal oder 10 mal oder gar 15 mal wiederholt, oder durch 5', 10' bis zu einer halben Stunde, oder so häufig als möglich vorgenommen werden sollte.

Dass die daraus resultierende Uebermüdung, deren Gefahr eben unberücksichtigt blieb, sich grausam rächt, beweisen Fälle, von denen wir wissen, dass sie vorgekommen, Patienten, welche zum Apparate giengen, nach der Uebung erschöpft weggetragen werden mussten.

Dass diese Gefahr durch eine genaue Dosierung, wie sie Frenkel durch die stete Controlle des Pulses gelehrt hat, vermieden werden kann und muss, sei nochmals mit allem Nachdruck hervorgehoben. Ebenso ist es Frenkels bleibendes grosses Verdienst, die grosse Bedeutung der Hypotonie und deren Einfluss auf die tab. Bewegungsstörung dargethan und beleuchtet zu haben. Manche Misserfolge der Uebungstherapie sind darauf zurückzuführen, dass diese Anomalie unberücksichtigt blieb.

Den Vorwurf, den F. Goldscheider wegen dieser Unterlassung macht, glaubt dieser dadurch entkräften zu können, indem er sich darauf beruft, dass ihm als Modell *ein* intelligenter Tabiker diente. Dass sich Frenkel gerade gegen das Schematisieren wendet, scheint G. nicht zu begreifen, oder nicht begreifen zu wollen.

Schliesslich kann ich es nicht unterlassen, nochmals vor einer Combination einer Badecur, die gewiss in entsprechenden Fällen in Bädern wie Nauheim, Oynhausen etc. sehr oft indizirt ist, mit einer

Uebungsbehandlung nachdrücklich zu warnen. Eine grosse Anzahl von Kranken, welche früher alljährlich diese Badeorte mit dem besten Erfolge gegen ihre Schmerzen oder Blasenstörungen (z. B.) besuchten, beklagt, seitdem sie zugleich mit der Badecur die Apparatotherapie durchmachen musste, einen Verlust ihrer Leistungsfähigkeit und ist nur schwer zu einer Wiederholung der Badecur zu bewegen; ganz charakteristisch ist die Aeusserung eines Kranken, der nur badete und froh uns erzählte, er hätte «Gottlob» nicht auch üben müssen.

M. H. ich habe Ihnen in meinen vorangegangenen Ausführungen einen Irrgarten anscheinend ganz verschiedenartiger bunt zusammengewürfelte, verkehrter Massnahmen gezeigt; und doch lässt sich bei genauer Betrachtung wol nicht verkennen, dass der rote Faden der sich durch dieses Conglomerat von «Uebungen» zieht, in zwei Momenten zu finden ist, die diese Uebungen besitzen: in der Gefährlichkeit und Schädlichkeit einerseits dem bewussten oder unbewussten Bestreben anderseitssagen wir es offen heraus-aus einem ernsten Heilverfahren eine kindliche und kindische Spielerei zu machen, was wol aus all den beschriebenen Uebungen am Amphitheater, der schwebenden Kugel, dem Citterapparate, dem Ballspielen, dem Figurenzeichnen mit dem Beine und wie sich all das nennt-klar hervorgeht.

M. H. noch ein Moment verdient meines Erachtens bei meinen Thema eine besondere Beachtung. Nachdem ich bisher die schweren nachtheiligen Folgen, welche solche Kunstfehler für die Kranken haben, erörtert habe, erübrigt noch, darauf hinzuweisen, dass es sehr wohl geshehen kann, dass auch der Arzt, der in solcher nicht sachgemässer Weise die Behandlung der sich ihm anvertrauenden Kranken murchführt, deshalb zur Verantwortung gezugen werden kann und Folgen seiner unheilvollen Tätigkeit zu tragen haben könnte.

Denn die von uns kritisierte falsche Anwendungsweise der Uebungstherapie involviert unzweifelhaft den Begriff der Kunstfehl auch im gerichtlich medicinischen Sinne.

Es sei dies nur zur Warnung der Aerzte vor dieser Pseudo-Therapie an dieser Stelle betont, nicht etwa, wie Goldscheider in seinem Aufsatz impätiert um die Beschäftigung mit der Uebungstherapie als Specialität noch mehr einzuschränken und für wenige Fachärzte zu reservieren. Gerade das Gegentheil ist unsere Absicht: der Methode dadurch, dass die Gefahren welche die unrichtige Handhabung bietet, klar gelegt werden, und die Art und Weise der Möglichkeit, diese zu vermeiden, gezeigt wird, allgemeinen Eingang in die Praxis zu verschaffen und ihr eine grössere Verbreitung zu sichern, darum mussten diese unerquicklichen Auseinandersetzungen schonungslos und mit

allem Nachdrucke erfolgen und man kann nur Strassmann vollkommen beistimmen, wenn er in seinem Lehrbuche der gerichtl. Medicin über Kunstfehler an betreffender Stelle (S. 547) betont, dass das Recht des praktischen Arztes dadurch dem Specialisten gegenüber keineswegs eingeschränkt wird.

«Jeder Arzt kann alles machen, er muss es nur verstehen».

Wer aber aus Eitelkeit, oder aus Scheu, seinem Nimbus etwas zu vergeben, allein an Dinge geht, denen er nicht gewachsen ist, und von denen er die Hand lassen konnte, handelt in der Tat leichtfertig und strafbar.

In manchen dieser Fällė-fährt Strassmann fort-wird man freilich, wenn man ganz offen sein will, dem Arzte, der gefehlt hat, einen Teil der Schuld abnehmen müssen. Zum Teil trifft sie gewiss diejenigen, deren persönlichen oder literarischen Lehren er gefolgt ist-und gegen diese vornehmlich wendet sich die ganze Schärfe meiner Ausführungen.

CONCLUSIONS

I. Die Frenkel'sche Uebungstherapie lässt richtig und in genügend langer Curdauer angewandet, Resultate erzielen welche vor Beginn der Cur vorausbestimt werden können, Resultate welche in der vollkommenen Besectigung der Ataxie bestehen so dass die Krauken dem Berufe zurückgegeben werden.

II. Die Ursache, warum die Uebungstherapie in vielen Fällen nicht nnr diesse Resultate nicht erzielen liess, sondern direct Schaden stiftete liegt in der fehlerhaften Anvendung der Technik in inconsequente, unsystematischer auf die Bedürfnisse des Einselfalles, sowie die Wichtigkeit der vielen hiebei in Betracht kommenden Momente keine Rücksicht nehmenden schemalischen Durchführung.

III. Die genaue Kenntnis der Mechanik des normalen Körperbewegungen ist für die Beschäftigung wie der Uebungsterapie unerlösslich.

IV. Die Anwendung von Apparaten zur Ataxiebehandlung des üntern Extremitäten (nach Leyden Jakob, Goldscheider) ist überflüssig und gefährlich.

V. Die combination einer Badecur und Uebungscur ist zü verwerfen.

VI. Für die Kunstfehler in der Uebungstherapie welche die Gesundheit des ihm anvertrauten Kranken gefährden trozt der Arzt die volle Vorantwortung.

Discussion.

Mr. SEELIGMULLER (Halle): Je suis du même avis que le docteur Frank quant à ses protestations contre ce que Mr. Goldsheider de Berlin a écrit sur la dite méthode. Il faut prendre garde qu'on ne fasse par un surmenage des malades et qu'on ne laisse par les malades aux appareils. Il faut faire une analyse de chaque cas et diriger le traitement d'après l'état actuel. Enfin il faut beaucoup de patience non seulement du côté du médecin mais aussi de la part du malade pour parvenir à des résultats satisfaisants.

Mr. FRENKEL (Heiden). Je constate avec satisfaction que l'autorité du Prof. Seeligmüller approuve entièrement la technique de la reéducation comme nous l'avons précisée et que Mr. Seeligmüller s'oppose absolument au procédé irrationnel de la thérapie apparatoire de Leyden, Goldsheider, Jakob. Les dangers énormes de ce dernier procédé, l'aggravation dans les cas qui ont été soignés par le procédé berlinois, cas dont nous voyons plusieurs exemples chaque année dans notre établissement de Heiden, expliquent la necessité d'une réfutation aussi nette, et excuse la violence des paroles de l'orateur.

EVOLUTION DES IDEES DELIRANTES DANS QUELQUES CAS DE MELANCOLIE CHRONIQUE A FORME ANXIEUSE

par Mr. MAGALHAES LEMOS (Porto).

La mélancolie, sl elle ne guérit pas, peut passer à l'état chronique. Dans ce cas plusieurs éventualités sont possibles. Ou bien les idées délirantes persistent, mais elles se stéréotypent en quelque sorte; les hallucinations s'atténuent, les gestes et la mimique deviennent automatiques et monotones, la stupeur fait place à une sorte de stupidité, l'intelligence s'affaiblit et les malades ne tardent pas à verser dans la démence. D'autres fois la mélancolie fait place à un délire systématisé avec hallucinations variées, idées de persécution et idées mystiques, qui se comportent comme le font les divers délires systématisés. Ces folies systimatisées secondaires (*paranoia secondaire*) réclament de nouvelles recherches tant au point de vue du mode de transformation qui les relie à la mélancolie, que de la place exacte qu'il convient de leur assigner en nosologie». (1)

(1) G. Ballet. Traité de Médecine de Charcot-Bouchard, vol. VI. p. 1904.

Dans ces paroles, qui n'ont pas vieilli depuis qu'il écrivait son excellent article sur la mélancolie, M. G. Ballet indique sommairement l'état de la science et la direction des recherches à faire en ce qui concerne le délire systématique consécutif à la mélancolie.

Examinons rapidement et d'une façon générale ce qui se passe:

Tantôt on voit les symptômes de la mélancolie se mêler à ceux du délire de persécution. Et ce ne sont pas, remarquons-le bien, des craintes vagues qui germent, mais des idées précises de persécution, se rapprochant de celles du délirant systématique primitif: le mélancolique, dans ces cas, formule nettement ses griefs et nomme ses persécuteurs. Tantôt les idées délirantes mélancoliques, au lieu de rester inertes, comme des épaves du naufrage mental, en attendant sa désorganisation définitive, évolutionnent activement dans une autre direction vers une systématisation croissante, et les malades arrivent à des idées de négation, d'immortalité, d'énormité et de grandeur.

On a publié quelques observations de ces étranges délires systématiques secondaires, dont l'étude se rattache de la façon la plus intime à celui de la mélancolie, et sur lesquels Cotard a eu le mérite d'appeler l'attention, et qui depuis ont été particulièrement étudiés en France, surtout par M. Séglas; mais bien des problèmes importants, et des détails, restent encore á éclaircir, et on ý arrivera plus sûrement en prenant la clinique pour guide, avec des faits aussi complets que possible, que par des discussions théoriques, toujours plus ou moins abstraites.

Aussi, j'ai cru qu'il ne serait pas sans intérêt de publier un cas de mélancolie anxieuse, que j'observe dans mon service depuis deux ans, et qui a poussé le malade, par des bonds successifs, de l'idée d'une culpabilité grandissante à l'idée d'immortalité, d'éternité, et à se croire l'âme de l'univers, l'univers même, le néant d'où le monde fut tiré.

Cette observation me semble intéressante à différents poins de vue, mais je m'attacherai tout particulièrement à bien mettre en relief la genèse et l'enchaînement intime des idées délirantes entre elles-mêmes et avec les autres éléments constitutifs de la maladie, par ce que ce enchaînement peut nous éclaircir sur la pathogénie des idées d'immortalité, d'énormité et de grandeur dans la mélancolie chronique; et sert, du même coup, à étabir une variété de cet ensemble symtômatique qu'on appelle le syndrome de Cotard.

—

F., né en 1866, célibataire, commerçant, est entré à l'hôpital do Conde Ferreira, dans mon service, le 10 Décembre 1900.

Antécédents héréditaires.—Le pére, vigoureux et sanguin, a eu une

hémiplégie, et il est mort quelque ans après d'une attaque apoplectique. La mère est morte tuberculeuse; elle a eu huit enfants et une fausse couche; tous ses enfants sont morts tuberculeux dans l'adolescence, excepté notre malade, qui est le cadet, et une sœur encore vivante.

Antécédents personnels.—Rien á remarquer sur l'enfance du malade. C'est un homme d'une intelligence moyenne, physiquement bien développé, d'apparence robuste et sans aucune tare physique. Il a eu une pneumonie à l'âge de 17 ans et une blennorrhagie l'année suivanre. Il a aussi souffert, pendant longtemps, d'une hyperhydrose génétalisée, plus accentuée dans la plante des pieds, qui étaient constamment humides, et exhalaient une odeur très fétide, parfois insupportable. Cette infirmité a disparu après la manifestation de la maladie ac tuelle, mais avant l'internat. Pas de syphilis, pas de rhumatisme, d'influenza, de maladie infectieuse récente. Il n'a jamais été scrupuleux, méticuleux; d'un caractère excessivement gai, riait aux éclats à propos de tout, en vertu de quoi lorsque un certain groupe d'employés de commerce, où il était très aimé, préparait une partie de plaisir, sa présence était jugée indispensable. Pas d'excès alcooliques, ni sexuels, mais il aimait à faire la fête. Une fois, pris d'impulsion, il a pratiqué la pédérastie sur un sourd-muet, mais il n'avait pas l'inversion du penchant sexuel.

Son développement intellectuel fut normal, mais entrant vers l'âge de 13 ans dans le commerce il a appris tout simplement ce qu'il jugeait lui être indispensable à sa carrière de petit commerçant, et il n'a pas eu le temps de s'instruire. L'absence de culture intellectuelle se réflecte à chaque instant dans son délire et langage.

Manifestation et marche de la maladie. Il s'est établi en 1889 avec un associé, mais sans avoir aucnne difficulté à vaincre, car on lui a fait toutes les facilités. Il prit sur lui la tenue des livres et la correspondance de la maison, dont il s'acquittait avec aisance. Il se préoccupait naturellement du futur de la maison et se tracassait á la pénsée de ne pas pouvoir tenir honorablement ses engagements; mais les soucis des affaires ne lui ôtaient pas l'appétit, ni le sommeil, ni sa bonne humeur, ni le désir de s'amuser. Il avait, dit-il, les préoccupations d'un individu qui vient de s'établir, mais pas plus que ça.

Donc, il n'y a pas eu dans notre malade un surmenage physique ni intellectuel, mais nous trouvons un surmenage moral produit par une passion amoureuse contrariée.

Il informe que sa maladie remonte à quelques jours avant l'éclipse du soleil (28 mai de 1900).

Il ne pouvait pas tirer sa pensée d'une jeune fille, dont il était fort épris; son travail était devenu difficile, parce que, toujours á penser à cette personne, il ne pouvait pas fixer son attention dans ce qu'il faisait; et sa joyeuse humeur l'abandonnait. Le 24 juin il proposa à cette personne d'être sa maitresse, ce qu'elle «refusa très dignement», mais elle lui laissa deviner qu'il pouvait la posséder par le mariage. Il regretta sur-le-champ sa proposition «honteuse» et ne s'impressionna pas, dit-il, de la réponse méritée qu'elle a eue; mais depuis, son état s'aggrava progressivement: Il se sentait envahi par une tristesse invincible; le travail lui était chaque fois plus difficile; il perdait petit à petit l'énergie, l'entrain; parlait peu; n'avait plus de calme dans son esprit; ne pouvait plus dormir, passait les nuits à se promener dans sa chambre et à fumer; souffrait beaucoup de la tête, mais ce n'était pas une douleur qu'il avait, c'était plutôt une sensation pénible de pesanteur, de chaleur, et surtout «une grande inquiétude, un grand trouble». Mais il continuait à manger avec appétit comme auparavant, et il n'avait pas de trouble digestifs.

Il se rendait parfaitement compte du changement profond qui s'opérait dans sa personne et s'obstinait à le cacher, et il y réussit tant bien que mal jusqu'à mi août, car c'est seulement à cette époque que sa tristesse éveilla définitivement l'attention des amis sur sa maladie, qui marchait à grands pas. Son travail lui était devenu excessivement pénible; il interrompait à chaque instant ses écritures et s'arrètait les coudes appuyés sur la table, et la tête entre les mains, toujours à penser à la jeune fille. Il était à bout de forces, ne pouvait plus travailler avec la régularité voulue, et il commença alors à négliger ses occupations; répondait évasivement quand on lui demandait la cause de sa tristesse; évitait la convivence, et même pendant la journée allait se fermer dans sa chambre, où il se promenait de long en large, les mains dans les poches.

Il pensait sans cesse à la jeune fille, c'était en vain que les amis cherchaient à le distraire; il lui semblait qu'il ne pouvait pas vivre sans elle, et puisqu'elle refusait d'être sa maitresse, il se demandait s'il devait ou non l'épouser, mais il n'arrivait pas à prendre une décision; et ainsi traînait l'existence depuis six longs mois, indécis, torturé, et dans une anxiété croissante. C'était une préoccupation qui l'absorbait tout le temps, jour et nuit; qui s'imposait à son esprit d'une façon tyrannique, une obsession angoissaute.

Sur ces entrefaites, et dans le but de le distraire, on l'emmena à la campagne, au mois de novembre, chez sa sœur, où il resta une quinzaine de jours. Il se levait très tard et ne sortait plus de sa chambre.

A cette époque, nous avions une mélancolie simple (mélancolie avec conscience) mais la scène morbide s'enrichit alors avec des idées délirantes de culpabilité et de ruine, qu'il cachait. Comme sa maladie s'aggravait, on le fit rentrer à Porto. Se sentant très malade, croyant que son salut se trouvait dans la satisfaction de son amour, et ne pouvant prolonger plus longtemps cette situation torturante, il décida à se marier. Cette décision fut prise un soir, vers 11 heures, et immédiatement il alla demander la main de la jeune fille, qui la lui refusa en avouant qu'elle n'était plus vierge, et que ce fait pouvait empoisonner leur existence. Il eut alors um grand chagrin, en fut tout bouleversé et son état de santé s'aggrava. Il avait subi le magnétique attrait de la jeune fille, et il lui semblait que malgré tout il l'épouserait si elle le voulait bien, mais puis qu'elle lui refusait, le mariage tout était fini! Il était un homme perdu! Quelques jours après, son trouble était très grand: Il était anxieux, son découragement augmenta, les idées de culpabilité et de ruine prirent corps, il se croyait sur la voie qui conduit à la folie, était tourmenté par la craite de devenir tout-à-fait fou. On allait l'interner à bref délai!

C'est alors que, sur sa demande, on l'emmena à l'hôpital le 10 décembre (1900), et voici son état à cete époque:

La langue était légèrement blanchâtre, mais les fonctions digestives ne semblaient pas troublées. Le pouls était petit, les extrémités froides, humides et cyanotiques. Il avit maigri et se plaignait quelques fois de maux de tête. Pas de troubles appréciables de la sensibité cutanée, musculaire ou viscérale. Il se sentait en proie à une tristesse invincible et sur le coup d'une grande anxiété; et par moments se lamentait, se tordait les mains, faisait des gestes de désespoir, poussait des soupirs, pleurait à chaudes larmes, et son facies, qui était bien caractéristique, traduisait une émotion très pénible, un état de grande douleur morale.

Voici ce qu'il avoue, et je cite autant que possible dans mon récit les expressions du malade, puisqu'elles reflectent la systématisation plus au moins grande du délire, et peuvent de cette manière nous renseigner avantageusement sur l'évolution de la maladie, que je tiens à bien mettre en évidence.

Quand il s'établit, il se chargea de la tenue des livres, mais comme il n'avait ancune compétence, il ne fit rien de bon. Or, la tenue des livres d'une maison de commerce est une chose très importante, et son associé est perdu, ruiné par son incompétence, par sa faute! Il n'aurait jamais dû prendre sur lui une si grande responsabilité! Il est

aussi ruiné; mais ce n'est pas la peine d'en parler. C'est un misérable; un indigne! Il en a fait de toutes les couleurs!

Son associé nous affirme que la tenue des livres est parfaite, et que la maison se trouve dans un état assez prospère. C'est en vain qu'on a essayé de rassurer le malade là-dessus en lui montrant les livres, etc. tout fut inutile, il persistait quand même dans ses convictions délirantes.

Depuis qu'il est à l'hôpital, mais seulement pendant trois ou quatre nuits, il a entendu des coups de fusil, des gémissements et des cris confus. Ce bruit venait du dehors, et il pensait qu'il n'était pas dirigé contre lui: c'était une bagarre dont il était la cause. Une nuit, cependant, il s'est levé et a prié l'infirmier de lui ouvrir la porte pour aller se présenter «comme coupable de tout».

Cette idée de persécution, très fougace, est venue subordonnée au délire de culpabilité qui l'explique et la justifie.

Tantôt il se promène au fond du jardin le menton dans la main, silencieux et méditatif. Tantôt il s'arrête dans un coin et y reste immobile, les bras pendants, la tête penchée sur la poitrine et toujours dans la même abstraction douloureuse.

Il désirait se suicider, mais il n'en a pas le courage. A la vue d'une ficelle, il a eu un jour l'idée de se pendre, mais il ne l'a pas mise à exécution. Il se plaint quelquefois de démangeaísons; ce sont les seuls troubles de sensibilité générale qu'il accuse.

Vers la fin du mois de décembre, il s'accuse d'avoir nui à ses anciens chefs par les choses qu'il en racontait. Il est vrai qu'il n'a jamais rien inventé contre eux, mais il répétait à la légère tout ce qu'il entendait dire sur leur compte, sans au moins s'informer si c'était ou non vrai. Il entendait dire, par exemple, qu'ils dépensaient deux cent mille reis par jour, ce qui est très grave pour un commerçant, et il allait immédiatement semer ce brnit, qui pouvait être une calomnie! Il a de la sorte nui à la légère à beaucoap de monde! Il lui semble qu'à cause de lui la majorité des habitants de Porto ont souffert de sérieuses atteintes à leur réputation et honneur. «Il est si faible d'esprit qu'il croit tout ce qu'il entend, quelle que soit sa provenance, et il est infâme qu'il se hâte à le répéter.» Et comme je lui dis qu'il n'y a aucun motif pour sa tristesse, qu'il se torture en s'attribuant des fautes imaginaires, etc., il répond: «Plût à Dieu qu'il en fût ainsi! mais je suis convaincu que tout cela est malheureusement vrai, et le crédit d'une ville comme Porto, ou au moins de la majorité de ses habitants, est une chose très grave! Je suis um homme perdu!»

Le 19 janvier 1901, il passa cette nuit à se rappeler toute sa vie;

tout ce qu'il avait fait et tout ce qu'il avait dit, et arriva à la conclusion qu'il n'avait pas de raisonnement; d'où il concluait qu'il avait toujours agi à la légère dans tous ses actes et paroles. «J'entendais dire, par exemple, que vous êtes un mauvais médecin, je ne devais pas le croire; et, ce qui est plus grave encore, aller-le répéter, parce que je n'ai pas de compétence pour apprécier ces choses-là, c'est une opinion que les médecins seuls peuvent avoir et émettre. Tout ce que je pouvais dire c'était—je n'en sais rien». Sa vie est pleine de choses semblables.

«On peut donc dire que je n'ai pas le jugement clair, que je ne suis pas comme les autres, que je suis presque un animal, une bête de somme». Et par moments, il me semble digne d'être remarqué, le malade voit dans sa mentalité défectueuse une excuse de ses fautes imaginaires, presque une justification; d'où vient qu'il n'a pas cette résignation facile, si caractéristique des mélancoliques vulgaires.

Il s'imagine que tous l'ont trompé, mais à son tour il a aussi dupé tout le monde. Il désire demander humblement pardon à tous ceux qu'il a offensés!

Sa fin doit être affreuse! Il ne veut pas y penser!

Quand il est né, et aussitôt qu'on s'est aperçu qu'il n'avait pas les facultés comme les autres, il fallait l'écraser comme un crapaud pour éviter tous ces spectacles! La société avait le droit de se défendre d'un petit monstre!

Il me prie de lui dire si c'est un défaut de naissance ce qui se passe en lui, s'il a été voué au mal par son organisation. Il ignore ces choses-là, mais il sait qu'il n'a jamais agi d'une façon raisonnée, en connaissance de cause, et qu'il n'a pas de persistance en quoi que ce soit. Tous les jours il résout ne pas manger,... et il avale tout. C'est de même avec le médicament. Il dit souvent aux gardiens «aujourd'hui je ne prends pas la potion», mais j'arrive et j'objecte que s'il ne la prend pas de gré qu'il la prendra de force,... et il la boit d'un coup. Eh bien, aussitôt qu'on se décide à ne pas faire une chose, il ne faut pas la faire, seulement par force. «*Je ne veux pas prendre le médicament, qui est plein d'esprîts, explique-t-il, parce que cette grande affliction que je sens à l'intérieur, cette inquiétude, qui doit être le remords du mal que j'ai fait, si je peux ainsi m'exprimer, s'apaise immédiatement; et moi, qui suis un grand criminel, je reste tranquille comme un innocent enfant.*»

Il a hâte d'en finir; ce qui doit arriver, qu'il arrive vite.

Maintenant il est irrémédiablement perdu!

Aprés l'aveu qu'il vient de me faire, et qui reste écrit, personne ne peut lui venir en aide.

Au commencement il n'a pas saisi la portée de ses actes et de ses paroles; c'est tard qu'il a reconnu son malheur. Il y a déjà longtemps, peut-être, depuis le mois de juillet ou d'août, qu'il sentait qu'il avait fait mal, mais il ne savait pas en quoi, ni à qui; puis, mieux éclairé, mais seulement à l'époque d'être interné à l'hôpital et surtout depuis qu'il y est, il a découvert l'étendue de ses crimes. Il eut dans sa vie un embrouillement qu'il ne peut pas expliquer.

C'est la genèse des idées délirantes mélancoliques, déjà indiquée par Griesinger.

Pour expliquer «son remords» le malade augmente tous les jours le stock formidable de ses accusations qui prennent insensiblement, peu à peu, un cachet mégalomane. Les accusations nouvelles sont quelquefois hésitantes, timides, indécises, incertaines; elles se fixent provisoirement au hasard des circonstances; c'est à la longue qu'elles se précisent et deviennent plus ou moins inébranlables.

Le 15 février (1901), ils s'est aperçu depuis quelques jours, que tous les malades qui sont à l'hôpital, ont été internés à cause de lui. Or, tout ce monde est ici à dépenser son argent et empêché de s'occuper de ses affaires, et il ne peut pas les dédommager de tant de préjudices, car il il n'a pas le sou; il possède à peine ce grand corps que l'on voit, et qui n'est bon qu'à jeter au fumier.

Je fais de mon mieux pour le rassurer, et pour lui faire voir son erreur, et il a l'air de se laissèr convaincre, mais cinq jours après il demande à me parler en particulier pour me dire ceci: les affirmations que je lui avais faites quand il s'avouait coupable de tous ces malades se trouver à l'hôpital, ont jeté le doute dans son esprit, et il s'est dit qu'il pouvait se tromper, mais aujourd'hui il est «absolument convaincu» que c'est vrai; il lui semble même qu'un de ces individus est Sa Magesté D. Carlos, un autre D. Alfonso, duc de Porto, et un troisième le Prince Royal. Aussi ce matin, aussitôt que ce soupçon lui est venu, il est allé immédiatement se jeter à genoux à leurs pieds et leur demander humblement pardon. Il ne peut pas continuer à sacrifier tout ce monde entre lequel se trouve la famille royale!

Le malade m'a fait ces aveux à genoux, dans un état d'anxiété croissante, avec des lamentations, des larmes et du désespoir.

Le 26 février, son anxiété est très grande. Il produit un grand trouble à l'hôpital. Je dépense beaucoup de temps avec lui, qui ne mérite rien du tout, qui ne sert à rien sur terre. A sa place il pourrait se trou-

ver un honnête homme... Il a nui beaucoup au Portugal, à la religion, à la famille royale, à tous...

Il est coupable de la peste bubonique qui ruina Porto! On a fait semblant de lapider le Docteur R. J., mais c'est lui qui devait être tué à coups de pierres, car il a été le vrai coupable. Il ne faut pas lui demander d'explications, car il ne sait rien expliquer du tout. Puis qu'il est un animal, il ne saurait pas comprendre comment il a pu faire tout ça. Il lui semble même qu'il est la cause de tous les malheurs qui ont affligé le Portugal après sa naissance!

Il doit être responsable de tout!

Le 28 février, n'a pas voulu manger dans les deux derniers jours, et parce qu'il continue à refuser tous les aliments qu'on lui donne sous prétexte qu'ils sont trop savoureux et trop succulents pour lui, je suis obligé de le nourrir par la sonde œsophagienne. Cette opération l'a poussé au désespoir, et alors il s'est mis tout nu en déchirant ses vêtements, s'arrachait les cheveux, et se blessa légèrement en frappant la tête contre les murs. C'est la première mutilation qu'il se fait.

Il est l'auteur des tumultes qui se font au dehors: bagarres, querelles suscitées par la question religieuse, grèves des ouvriers, etc. C'est incroyable comme il peut provoquer tout ça dès qu'il ne sort plus de l'hôpital, mais comme il est la cause de tous les malheurs!...

Les journaux sont pleins de reproches qui ont l'air d'être faits aux jésuites, mais qui en réalité sont adressés à lui. Il est la seule personne visée. Les journalistes ne veulent pas écrire le nom du vrai coupable, il ne sait pas pourquoi... peut-être par ce qu'il est déjà assez connu...

Voilà des phrases typiques, qui dénoncent la systématisation du délire; elles se trouvent souvent dans la bouche des véritables persécutés, révélant un délire systématisé, mais d'un caractère tout à fait différent de celui de notre malade. En effet, loin d'accuser les autres, il s'accuse lui-même. Il veut prendre la responsabilité de tous les malheurs. Il est le seul coupable.

Pour expliquer son état de douleur morale «son remords, si on peut dire» pour employer le langage du malade, il fait un retour sur son passé et se livre à un minutieux examen de conscience de toute sa vie, et ne découvre que des crimes, des fautes, des méchancetés. Il se grise, pour ainsi dire, en se faisant toutes sortes d'accusations:

Il s'accuse d'avoir perdu et détruit sa «semence». Il permettait que les filles publiques se lavassent après le coït, qu'il pratiquait le plus libidineusement possible, et détruisissent de cette façon «les germes», «les esprits»! Il est vrai que les autres agissaient de la sorte, mais il

faut croire qu'aux autres tout est permis. Ces faits pratiqués par lui réprésentent une grave infraction aux lois de la nature, avec laquelle il a été en lutte permanente, parce que c'est seulement trop tard qu'il l'a compris.

Il s'accuse d'avoir pris des bains dans le Douro, et souillé avec son corps l'eau que Dieu a créée pour la jouissance des poissons!

Il s'accuse d'avoir mangé des animaux inoffensifs, du mouton, symbole de l'innocence! et des colombes, qui sont le symbole de la pureté et l'image du Saint-Esprit!

Il se lamente d'avoir accepté plusieurs invitations à diner avec des gens qui le poussaient à manger et à boire trop! C'est vrai, qu'il ne s'est jamais enivré, mais il buvait et mangeait à l'excès, ce qui est le péché de la gourmandise. Si tout le monde mangeait de la sorte, il n'y aurait pas assez de nourriture; et pendant qu'il mangeait, beaucoup de pauvres gens se mouraient de faim. C'est ce qui l'afflige. Les individus qui l'invitaient paraissaient ses amis, mais ils ne l'étaient pas. Il ne sait pas la raison de ces invitations, mais «il devait y avoir un intérêt quelconque, qu'il ignore» et il désire que je le lui dise. Main tenant même, je le force chaque jour à prendre beaucoup de lait, et il y a par là quantité d'enfants qui en ont grand besoin, et qui n'en ont pas une goutte. Il me supplie encore une fois de lui permettre d'aller manger avec les porcs dans la ferme de l'hôpital.

Il s'accuse que, quand il était enfant, il détruisait les nids des oiseaux, tuait et mangeait les petits! Il est arrivé à manger des omelettes d'œufs de moineaux...! «des fritures d'esprits vivants»!...

Je ne finirais pas si j'allais dire toutes les accusations que le malade se fait; mais pour donner une idée du point extrême où il les pousse, j'ajouterai qu'il s'accuse qu'étant enfant, lorsque ses parents l'envoyaient faire une commission quelconque, «il courait à toutes jambes, déplaçait l'air et agitait les feuilles des arbres, comme un train qui passe, ce qui allait déranger la nature dans son repos»!...

Comme on voit, le caractère rétrospectif du délire est on ne peut plus accentué; et les auto-accusations du malade, qu'il débite dans un état de grande anxiété, ne s'arrêtent pas même devant les actes les plus naturels et innocents.

Le 22 mars, il est toujours dans le même état d'anxiété et continue à être nourri à la sonde. Le cercle de sa culpabilité va s'étendant de jour en jour dans une sorte de systématisation progressive. Il s'accuse de tous les malheurs de l'humanité, des maladies des animaux et des végétaux, de tous les désastres, des orages, des inondations, des éruptions volcaniques, des tremblements de terre, et des autres cata-

clysmes de la nature!... Bref, c'est à cause de lui que le monde n'est plus le paradis biblique pour devenir un lieu de haine, de vengeances, de crimes, de guerres et de douleur... «la vallée de larmes»!

C'est lui, lui seul, le coupable de tout!...

Il devient du même coup, et progressivement, ambitieux dans sa culpabilité grandissante, puisqu'il se croit tout puissant pour le mal; et le sentiment de cette puissance, chaque fois plus enraciné, donne un cachet mégalomane aux conceptions morbides qui aboutissent par une espèce de déduction logique à l'idée d'immortalité, d'éternité, à se croire confondu avec l'univers, l'âme de l'univers, l'univers, le néant d'où le monde fut tiré, etc. Telles sont, en effet, les idées délirantes qui vont germer successivement dans ce fond mélancolique et anxieux. Je tiens à remarquer qu'il n'a plus d'hallucinations de l'ouïe, ce qui contraste avec la persistance prolongée de ces troubles sensorielles dans le *délire chronique à évolution systématique et progressive* de mon maître M. Magnan; et qu'il n'a jamais eu d'hallucinations motrices verbales bien nettes, mais il présente le phénomène de la conversation mentale, «il cause en lui-même sans parler.»

Il est connu dans le monde entier par les malheurs qu'il a causés, par les crimes qu'il a pratiqués et par ses péchés. Il a détruit les animaux et les plantes en mangeant les œufs et les graines. A cause de l'enchaînement mystérieux qui attache tout dans la nature, des choses détruites ont détruit d'autres et tout a disparu dans un écroulement épouvantable!... Voici une idée de négation, mais elle nous apparaît dans un plan secondaire, et vient nettement assujettie au délire de culpabilité qui domine la situation.

Si l'humanité profite de ce qu'il mange, alors il veut bien consentir à manger, et m'épargner la peine de lui faire tous les jours l'opération; mais si l'humanité en souffre, alors il continuera à refuser la nourriture, comme il le fait. Il désire être éclairé à ce sujet. Je lui répond que sa sœur et son associé ont intérêt à ce qu'il prenne régulièrement ses repas pour se rétablir, et j'ajoute que s'il persiste dans son entêtement je lui donnerai dorénavant du lait avec des œufs, qu'il s'accuse d'avoir mangés; et immédiatement, sous ses yeux, j'en ai mis six dans le lait. Son anxiété a été extrême, il sanglotait, qu'on le forçait à manger «des vies» ! «des esprits» ! Et au bout de quelques jours, pour éviter les œufs, il accepta le repas des indigents, puisqu'on lui refusait celui des porcs, qu'il demandait!

Les livres de Guerra Junqueiro, notre grand poête contemporain, se rapportent à lui, principalement le Don João: il est le personnage du poète.

Quand dans le roman ou dans le théâtre apparaît un type débauché, criminel, méprisable,—c'est lui. Dans une crise d'angoisse il me prie de mettre fin à son existence. Il faut que je sache que tant qu'il sera au monde il ne pourra y avoir de socialisme bien organisé, parce qu'il contrarie la nature dans tout ce qu'il fait; parce qu'il est un obstable à toute bonne œuvre, parce que sa présence corromp tout. C'est qu'il a une importance énorme, pour le mal c'est entendu; et tellement grande que cette maison a été bâtie pour le recevoir afin que je puisse l'étudier à mon aise—la science et la nature ainsi l'exigeaient.

Il avoue être le plus grand pécheur qui soit venu au monde, et ne demande qu'à racheter ses péchés. Dans ce but il désire se mettre nu pour faire pénitence et je m'y oppose! il désire se traîner et coucher dans la poussière des routes, et on le force à se reposer confortablement dans un bon lit! il ne mérite pas la nourriture des porcs, et je lui donne du lait et des œufs, tout ce qu'il y a de plus succulent! il veut souffrir et je l'oblige à prendre un médicament qui le calme!.... Cela ne saurait pas continuer! Il a volé même la chaleur à la terre et au soleil en détruisant les végétaux pour bâtir des maisons et faire des meubles; et par conséquent la terre à l'avenir ne peut plus produire de fruits, elle donnera seulement des plantes sauvages. Tout va finir par sa faute!... Je lui montre de beaux poiriers couverts de fruits, mais son délire tient toujours debout, sans cependant nier que ce soit des poires, «tout ça va se flétrir», dit-il.

Il me prie de l'envoyer à la maison des autopsies, et comme je lui observe qu'il n'est pas mort il répond: «Si vous attendez que je meure, vous ne m'aurez jamais là, parce que je ne meurs pas. Je suis condamné à vivre toujours. Je ne peux pas mourir. Cela ne peut pas s'expliquer; c'est un mystère comme celui de la Sainte Trinité. Je vivrai pendant que je mangerai».

Voici que l'idée d'immortalité vient de se faire jour dans l'esprit de notre malade; mais elle n'est pas venue comme le produit d'un raisonnement nettement conscient puisqu'il ne sait pas l'expliquer, c'est plutôt une élaboration de la vie psychique inconsciente, «qui est de beaucoup plus étendue et plus importante que celle de la vie consciente» (Krafft-Ebing). L'idée d'immortalité, qui est très complexe, et qui n'est pas interprétée de la même façon par tous les mélancoliques, revêtit dans nôtre malade des formes différentes en traversant une certaine évolution: d'abord (10 Avril) confuse, vagüe, hésitante et indéfinissable, elle se précisa peu à peu, tout en se compliquant et en se spiritualisant, et voici comme il la comprenait dans le mois de juillet, d'après un aveu fait pour la première fois à mon collègue J. de Mat-

tos: «Il mourra, mais pour ressusciter, mourra des milliards de millions de fois pour revivre toujours. Il mourra pour chaque poisson qui habite la mer et les fleuves, pour chaque oiseau qui vit dans l'air, pour chaque bête fauve des forêts, pour chaque végétal qui couvre la terre; il mourra encore pour les minéraux, pour les grains de sable, pour les pierres... pour tout!... Il mourra toujours et sera toujours présent»!

J'examinerai plus tard la genèse de cette idée d'immortalité, mais je tiens à constater dès à présent que notre malade n'a aucun trouble de la sensibilité viscérale, ni des idées hypocondriaques de négation, qui constituent souvent le point de départ de l'idée d'immortalité. Cette idée, telle qu'elle vient d'être formulée, naquit de l'accord établi entre l'ancienne idée de culpabilité, et une étrange conception spiritualiste, que nous allons voir se développer.

Le 23 juillet au 30 septembre, il est coupable de tous les malheurs, absolument de tous, même de ceux qui sont venus au monde avant sa naissance; et il ajoute en guise d'explication; la science, qui prévoit tout, savait qu'en l'année 1866 devait apparaître un être exceptionel, différent de tous les humains, malgré sa forme, *Le Messie du mal*, que la religion prédisait aux peuples depuis très longtemps». Il ne se souvient de vivre qu'après le jour où il a pris chair et os, mais avant cette époque il existait déjà, son esprit flottait dans les ténèbres, où il était depuis le commencement du monde à faire tout le mal qu'il pouvait. Il ne peut guère avoir la même origine de ceux qui se disaient ses frères, et qui ne sont plus, ni de celle qui vient le voir (sa sœur) parce qu'il en est très différent. Ceux-ci sont nés comme tout le monde d'un père et d'une mère, mais lui a assurément eu une origine bien différente, *«il dormait dans les ténèbres depuis des milliards de millions d'années, et c'est seulement en 1866 qu'il s'habilla en chair et en os»*.

C'est l'idée d'éternité que nous avons à présent. Ajoutons que malgré l'étape très avancée de son délire, notre malade, contrairement à ce qu'on voit habituellement dans le syndrome de Cotard, ne parle jamais de lui à la troisième personne.

Voilà encore des troubles nouveaux.

Il croit me connaître depuis son enfance, ainsi qu'un de mes collègues, le secrétaire de l'hôpital et quelques malades: je suis un ancien négociant de son pays chez lequel ses parents l'envoyaient faire des achats; mon collègue était forgeron; le secretaire un procureur qu'il a beaucoup connu. et un des malades serait son frère François, qui est mort depuis 13 ans. J'ai beau lui affirmer qu'il se trompe, que je n'ai jamais habité son pays, il y tient toujours. «Je suis sûr de ne pas me

tromper. Comment voulez-vous que je me trompe, si j'allais presque tous les jours chez vous?» Il a la même assurance en ce qui concerne mon collègue et le secrétaire. Pour ce qui est de son frère, et contrairement à ce qu'on a dit, «il n'est pas mort, car personne ne peut mourir, il s'est endormi et se laissa refroidir et dessécher; et le voilá à présent qu'il se réveille, reprend de la chaleur, et se met à marcher et à parler comme autrefois». C'est une tendance vers le caractère palingnostique dn délire, qu'on trouve ches les persécutés.

Comme on l'a vu dans ce récit, notre malade parlait depuis longtemps, et une fois pour autre, des esprits qui étaient dans les œufs, dans le lait, dans le médicament, etc. mais maintenant il voit des esprits partout, et son délire revêt un teint spiritualiste, à cachet panthéiste. Et il est assez curieux, sur le point de vue de la régression atavique, de voir se développer ces idées dans le délire systématisé, puisqu'on a pu dire que le panthéisme était la religion des enfants et des sauvages (Proudh.) Les produits de la nature, dit-il, quels qu'ils soient, sont tous animés d'esprits, d'âmes. Il y a des esprits aussi bien dans les animaux et dans les plantes que dans un brin de poussière et dans une goutte d'eau; en vertu de quoi tout cela doit souffrir. La douleur s'étend à tout, elle est universelle.

Il ne sait comment se tenir pour ne pas faire souffrir la nature! Il se promène pieds nus, et c'est bien simple; mais, quoi qu'il fasse, il est forcé de poser les pieds sur les tables du parquet, sur la pierre, sur la terre, ou sur une chose quelconque, et cette chose souffre avec le poids de son corps!...

S'il reste au lit, il pèse sur le linceul et le matelas, qui sont faits de lin, que les industries ont malmené pour le transformer dans l'état où il est!

A la pensée des souffrances qui injustement affligent la nature, il fond en larmes et s'écrie:

«Tenez! Cette table que voici a fait partie d'un arbre qui n'a jamais nui à personne, et qui cependant a été abattu, scié, taillé, percé de clous!...

C'est horrible!

A la «serra da Estrella» jaillit un ruisseau qui se précipite de deux mille mètres de hauteur!... et l'eau roule sur des rochers, de chute en chute... jusqu'à la mer!...

Pour fabriquer du verre, les pierres sont broyées et moulues avec les pierres elles-mêmes!... échauffées dans une fournaise à une température énorme... et fondues!...

Et ces chaussures?... faites avec un morceau de peau... qu'on a ar-

rachée à une pauvre bête!... Je ne peux pas y penser!... Il me semble que la raison m'abandonne»!...

....

Le malade dit tout cela avec des gestes de grand désespoir, dans une crise d'anxiété inexprimable, entre des gémissements et des pleurs. «Eh bien, ajoute-t-il, la nature qui est si utile à tout le monde, si bienfaisante ne peut pas, ne doit pas souffrir tous ces tourments! Ce serait une horreur! Il est nécessaire qu'un être tout-puissant lui épargne tant de souffrances. Mais puisque ces souffrances sont dans l'essence même des choses, puis qu'elles sont fatales, puis qu'elles ne peuvent pas se perdre, il est indispensable que quelqu'un souffre à la place de la nature; et ce quelqu'un c'est moi! Qui devrait-ce donc être? ¡*Je dois donc subir la douleur universelle*»!

C'est une souffrance qui lui est réservée; qui a été accumulée à son intention depuis le commencement du monde, et qui l'attend depuis lors! Elle surpasse tout. L'imagination la plus puissante essayerait en vain de se faire une idée de son intensité. Ce sont des gouffres de douleur, sans fin et sans fond, où la sensibilité s'épuise et la pensée s'égare!

Octobre à mars (1902), une sentence du Père Eternel vient d'en finir avec les peines du monde; dorénavant les hommes, les animaux, les oiseaux, les poissons, les herbes et les pierres ne souffriront plus! C'est lui qui doit souffrir pour tous et pour tout!...

Cette idée de caractère si pénible, sur laquelle le malade revient sans cesse avec une foule de détails et qu'il retourne de tous les côtés, car elle est en rapport avec l'état de douleur morale qui le domine, se précise le 14 janvier. Il m'annonce qu'il est le Christ qui va racheter tous les péchés sur la croix. Aussi, lorsqu'il était enfant, tout le monde lui disait «viens ici mon petit, prends ces marrons, mange ce biscuit, etc.», et tous l'entouraient d'attentions spéciales malgré les folies qu'il faisait. Et pourquoi ça? Il insiste beaucoup sur ces interprétations délirantes qui le mènent, comme les persécutés, à attribuer une signification et portée spéciales à des faits très simples et très naturels.

Avril, la maladie progresse constamment. Il interprête ses relations avec la natture d'une telle façon que le délire prend une allure panthéiste; mais, malgré l'importance extrême qu'il se donne, ses conceptions morbides, comme dit M. Séglas, «à l'inverse de ce qu'on observe dans la mégalomanie, affectent toujours un même caractère d'horreur et de peine», et il parle comme au début de la maladie de son organisation imparfaite. Il est doué de sens comme toutes les per-

sonnes qu'il a connues, cependant il lui manque le raisonnement et la volonté, motif pour lequel il n'a jamais pu résoudre rien par lui même: il faisait seulement ce qu'il voyait faire, ou ce qu'on lui ordonnait de faire et sans comprendre la portée de ses actions. Dieu lui a ouvert maintenant l'esprit; il commence à comprendre la nature et tout ce qn'il a fait, mais c'est trop tard. «Je suis très différent des autres, comme moi, il n'y en a pas. Je n'ai pas de procédence comme les autres personnes. Je suis né du néant, ou plutôt je suis le néant d'où le monde fut tiré».

Il est le principe des choses. Il est ramifié, disséminé dans l'univers, parce qu'il sent tout ce qui se passe, où que ce soit; et l'univers est représenté en lui: il porte en lui une particule de chaque chose. Son esprit est répandu partout; et, de son côté, il contient en lui une particule de chaque chose, le principe de tout ce qui est. Donc, l'univers tout entier est représenté en lui, qui est un univers réduit, petit, en miniature.

En outre, en vertu d'un rayonnement permanent, il est en communication avec la lune, le soleil, les étoiles, avec tous les mondes loin tains: de lui, foyer central, rayonnent et à lui retournent les esprits, ainsi que les étincelles jaillissent d'une fournaise et y retombent.

Cette conception délirante de son origine est venue donner un nouvel appui à l'idée d'immortalité. Meurt seulement ce qui est né, dit-il, et comme il n'est pas né, il ne peut mourir. Il doit vivre éternellement. Si je lui objecte, mais il est possible que vous vous trompiez; vous êtes né peut-être comme vos frères? Il répond quelquefois je n'en sais rien; mais la plus souvent il persiste dans ses affirmations en s'écriant: «Je suis l'univers et l'univers ne peut pas mourir!»

Il répète à genoux et en larmes toutes les auto-accusations connues, en ajoute quelques nouvelles, et conclut: «je suis le dernier des derniers, le pire des méchants»

Le 2 mai, il m'aborde dans un état d'anxiété mélangée de terreur pour le châtiment qui l'attend, et me prie de lui dire s'il peut être puni après la mort. Et comme je lui demande s'il peut toujours mourir, il répond: «Je n'en sais rien. Je ne sais pas si l'on meurt. Pour ma part je n'ai jamais vu mourir personne... j'ai vu seulement mourir ma sœur... mais... elle n'est pas morte... elle a eu le courage de se laisser refroidir, voilà tout... Ce fut une mort simulée! Je vous supplie de ne pas me poser de questions, car je ne sais pas vous répondre. Je n'en sais rien. *La seule chose que je sache, et dont j'ai la certitude, c'est que je suis lié à l'univers, que je vis dans les crachats et dans les fleurs, dans cette encre avec laquelle vous écrivez et dans ce papier.* Ceci,

ajoute-t-il en se frappant la poitrine dans un grand geste, peut disparaître, mais l'esprit qui m'anime ne meurt pas; il doit souffrir pour toutes les morts qui se feront, pour les morts des hommes et de Dieu, qui est les animaux, les végétaux et les minéraux.

Comme on voit, notre malade est le plus souvent dans le doute et l'incertitude; il doute plus ou moins de tout, excepté des idées délirantes qui actuellement dominent son esprit, et qui l'entrainent de conception en conception vers une systématisation croissante. Sur tout le reste, ou peu s'en faut, flotte un doute vague, dans ce sens que tantôt il affirme une chôse, tantôt il la nie d'une façon momentanée et au hasard des circonstances, mais en définitive il n'a jamais la certitude de rien—il hésite, il reste perplexe, il *doute*. Et son doute atteint non seulement beaucoup de conceptions délirantes mais aussi les choses réelles du monde extérieur, et tout particulièrement la qualité des personnes et des choses; il ne porte presque jamais sur sa personnalité physique, intellectuelle ou morale. Pour donner une idée, et le plus exactement qu'il me soit possible, de l'état mental et émotif du malade dans toute sa complexité, et qui par moments me semble assez difficile à saisir, je n'ai, assurément rien de mieux à faire qu'à continuer mon récit pris à la causerie journalière que j'ai avec lui.

Le 20 mai, il refuse le médicament sous prétexte qu'il ne lui est pas nécessaire; et comme je lui dis que c'est mon affaire de juger si le médicament lui est ou non nécessaire, que c'est une question médicale, il répond: «Est-ce que je sais si vous êtes médecin? Qui me dit qu'il y a des médecins? Tout cela peut très bien être simulé, de la comédie qu'on joue adroitement autour de moi».

Ces idées de doute peuvent être envisagées comme un acheminement vers des idées de négation.

Je lui demande, quelle est cette maison-ci? «C'est une maison, s'écrie-t-il, comme la Relaçao (prison centrale), comme l'hôpital de Saint Antoine, comme les hôtels. Bref, c'est une maison où l'on reçoit beaucoup de monde. Il y a une seule différence: c'est que celle ci est supérieure à toutes les autres pour me recevoir, moi qui suis l'univers même, le Sans-fin et le Sans-commencement, l'Eternel, l'Etre suprême, le mystère de la Sainte Trinité! *Vous avez l'univers agenouillé à vos pieds!*»

Chemin faisant, je veux retenir cette phrase qui renferme toute une synthèse. Elle est contradictoire au premier chef, et montre jusqu'à quel point le délire de grandeur peut être associé à l'humilité mélancolique. En effet, ce délire de grandeur, malgré l'étape très avancée dans laquelle il se trouve dans la voie de la systématisation, mal-

gré les proportions extraordinaires qu'il a prises, et la transformation profonde qui s'est passée dans la personnalité du malade, il garde toujours dans son humilité le cachet de l'origine mélancolique. Et pour démontrer que cette humilité n'est pas un phénomène superficiel, mais qu'elle jette encore des racines bien profondes dans l'intimité de la personalité individuelle, j'ajouterai qu'elle se traduit non seulement dans le délire mais aussi dans la physionomie, l'attitude et les actes du malade. Effectivement, excepté dans les crises anxieuses et d'une façon passagère, il a invariablement une allure timide et embarrassée, il n'ose jamais serrer la main qu'on lui tend, il refuse de s'asseoir devant moi, et se met presque toujours à genoux pour me parler.

Le 24 mai, il est sans cesse affligé par des interrogations qui visent son délire. Pourquoi avoir été choisi pour être responsable de tous les malheurs? Quelle sera la raison pour laquelle il n'a pas eu de commencement? Pourquoi est-il si différent des autres? Il ne peut pas comprendre pourquoi il n'a pas eu d'origine et pourquoi il est responsable pour les actes de l'humanité et pour tous les malheurs! Pourquoi fut-il désigné dans le monde pour porter tout seul le poids épouvantable de la douleur universelle? Il se le demande toujours.

Lui est le père de lui-même. Il est né de lui-même et la nature naquit de lui. Donc, il est le père de la nature—des animaux, des végétaux et des minéraux—et il doit souffrir pour tous ses fils, qui sont des milliards de millions, et être responsable de leurs folies. Ce n'est que très juste. L'humanité n'a nullement besoin de se gêner pour pratiquer toutes sortes de monstruosités et de crimes, dès qu'il y a un responsable qui doit être puni—c'est lui même.

Il revient constamment sur ce sujet.

Éclata une éruption volcanique à la Martinique. Le monde brûle; à l'heure qu'il est tout souffre effroyablement là-bas: les hommes, les enfants, les animaux, et encore les malheureux végétaux et les pauvres minéraux qui ne peuvent pas se sauver des flammes! Et c'est lui le coupable de tout! Est-ce vrai ou non?! La tête lui dit que oui.

Le 28 Juin, la catastrophe de la Martinique, qui l'afflige beaucoup, est le thème sur lequel il brode depuis quelques jours son délire. Il a peur du volcan qui vomit du feu à une grande distance; il paraît que les iles voisines sont menacées et oui sait si nous ne le sommes pas aussi?! «Si le feu m'atteint, il attrape le principal, je flamberai pendant toute l'éternité!» C'est par sa faute que la Martinique brûle; c'est à cause des graines qu'il a mangées et de toutes les monstruosités qu'il a faites. Aussi c'est horrible le châtiment qui le menace.

Il repousse ce matin le médicament avec une grande ténacité, «parce qu'il veut mourir». Alors mourez-vous ou non, lui demandé-je? «Oui, dit-il, je meurs. Les minéraux seuls ne meurent pas. Un lingot d'or ne meurt pas; on peut le réduire en poudre; le faire en miettes, le fondre; il est toujours là, et on peut en faire un bracelet, une chaine de montre, tout ce qu'on voudra, mais on ne saurait pas le détruire. Eh bien! moi je ne suis pas de l'or; cette pourriture que voici, (et il se frappe la poitrine dans un geste de mépris), doit périr comme un chat, mais l'esprit qui l'anime vivra éternellement parce qu'il est uni à tout, parce qu'il appartient à l'univers».

Le 5 Juillet, les gardiens l'ont habillé de force parce qu'il voulait rester tout nu pour faire pénitence, et refusa le déjeuner. Je le trouve vivement affecté, à genoux et en larmes. Il se lamente en se frappant la poitrine et en criant qu'il est la cause de la foudre qui est tombée cette nuit (nous avons eu une nuit très orageuse et la grêle a brisé beaucoup de vitres) et de tous les malheurs qui sont arrivés. Sera-t-il toujours vrai, gémit-il, qu'il soit l'auteur de tous les malheurs et qu'il doive en répondre? Il faut se résigner, bon-gré mal gré, au châtiment qui lui est réservé. Il reconnaît qu'il le mérite á cause du mal qu'il a fait; mais puisque ses crimes sont dus au manque de raisonnement, dont il n'est pas coupable, il lui semble qu'il ne devrait pas être puni. Cependant Dieu le fait responsable de tout! Ne pourra-t-il pas être encore pardonné? Il ne le croit pas. Il est irrémédiablement perdu! Il fut condamné à des souffrances sans fin!

A la rigueur nos pouvons voir dans ces idées délirantes, très anciennes puisqu'elles étaient nettement formulées le 19 Janvier 1901, et qui au fond expriment «la croyance à une influence néfaste poussant le malade au mal», l'équivalent des idées de possession, un des symptômes que Cotard a mis en relief dans son délire des négations.

Comment se fait-il qu'il est sí différent des autres? Il est bien différent de tout le monde; il n'y a pas à le nier, parece qu'il suffit de le regarder *pour qu'on devine immédiatement ses pensées*, il est inutile qu'il les dise. Et ce n'est pas tout: si on le regarde bien en face, *on devine aussi le temps qu'il doit faire tel ou tel jour*, si nous allons avoir de la pluie ou du solei. De la sorte, sa physionomie peut remplacer avantageusement les intruments de météréologie à l'usage des savants; et elle est comme l'atmosphère et le ciel pour les marins, qui y lisent le prognostic du temps. C'est vrai qu'il est lui-même l'atmosphère et le ciel, puisqu'il est l'univers.

Août à décembre.—Le délire est le même, et l'anxiété a changé d'aspect sans s'atténuer. Le malade passe les journées de bout, immo-

bile dans un coin, silencieux, triste, la tête penchée, et présente le facies et l'attidude typique de la mélancolie simple; mais sous ces dehors d'inertie et d'indifférence se cache une anxiété intérieure très grande qu'il extériorise dans son délire aussitôt que je le questionne; et surtout dans la résistance qu'il oppose à l'introduction de la sonde, et qui est accompagnée de gémissements, de pleurs et de lamentations. On voit alors que le malade continue à être tourmenté par ses conceptions morbides, qui ne lui laissent pas un moment de repos; mais vers le milieu de novembre, à côte de cette grande source de souffrances, il accusait un élément nouveau de torture, que je tiens à signaler à cause de sa provenance spéciale. Il était aussi «affligé» par l'idée de ne pas connaître d'une façon satisfaisante les objets qui l'entouraient, leurs usages, leur nature, etc. et à propos de chacun d'eux, il se posait des questions sans fin.

Voici un exemple. Le malade prend son mouchoir et exclame:

«Qu'es-ce que ceci?

C'ets un mouchoir.

Bien! Mais qu'est-ce que c'est un mouchoir?

C'est une chose qui sert à s'essuyer le nez.

Et qu'est-ce que le nez?

C'est une partie du corp plantée entre la bouche et les yeux.

Mais que sont la bouche et les yeux?

. . . .

Ça ne finit jamais...

Voici maintenant un morceau de papier. *(Il prend du papier buvard).*

A quoi ça sert?

A absorber l'encre.

Et qu'est-ce que l'encre et à quoi sert-elle?

C'est un liquide qui sert à écrire.

Mais pourquoi écrire et qu'est-ce que l'écriture?

. . . .

Ça ne saurait pas non plus finir...

C'est comme dans les mots d'un dictionnaire; on peut aller du premier au dernier; on recommence toujours et ça ne finit jamais!»

Il s'agit d'une obsession idéative, qui n'est plus qu'une manifestation nouvelle de l'anxiété psychique du malade, bien mise en évidence dans cette observation, et qui constitue un terrain commun à la maladie qui nous occupe et à la plupart, sinon à toutes les obsessions (1).

Son délire n'a pas changé de caractère: malgré les conceptions de

(1) A. Pitres et E. Régis. Les obsessions el les impulsions, p. 94.

grandeur il est toujours humble et pénible. Pourra-t-il caresser l'espoir de retourner un jour au rien d'où il est venu et jouir ainsi de la tranquilité et du repos? Il lui semble impossible puis qu'il est l'univers, et il n'existe pas une force assez puissante pour réduire l'univers, au rien. Moi, médecin, je suis toujours content, dit-il, et j'en ai raison, «parce que je meurs un jours quelconque, et je rentre de cette façon dans la jouissance du repos éternel qui est le bonheur suprême». Mais lui a été condamnè à souffrir pour tous et pout tout pendant l'éternité, sans avoir jamais un moment de repos! Il doit être brûlé dans les machines à vapeur des locomotives et des usines, dans les forges, dans toutes les fournaises du monde; il doit remplacer par tout la houille et le bois lorsque ces combustibles serons épuisés, et donner au monde le mouvement, la chaleur et la lumière.

Il a créé la famille universelle. Tous ces fils, qui se chiffrent par des milliards de millions, souffrent horriblement; et lui, qui est coupable de tout ça pour leur avoir donné l'existence, mène une vie joyeuse. Tout souffre dans la nature excepté lui; pour le moment il ne souffre rien du tout, mais ça viendra. Un châtiment horrible plane sur sa tête, et en attendant, il continue à semer la souffrance autour de lui: Il fait souffrir le parquet les pierres et le sol qu'il foule aux pieds malgré lui; les habits qu'on le force à porter: «les esprits vivants» qu'on le force á manger; et encore dans ce moment même, instinctivement, il est allé se moucher á ce malheureux mouchoir!...

Je dis qu'il est malade, mais il n'y a pas de maladie; «autour de moi, il n'y a que des comédies, des déguisements, des faussetés; les seules choses vraies sont la douleur que je sème partout et la punition horrible qui m'atted. On a voulu faire de moi un commerçant, mais j'ai été un faux commerçant, je me suis travesti en commerçant. Tout a été faux dans ma vie».

Le malade, dont les fontions digestives n'avaient pas été troublées jusqu'á présent, a eu le 24 février (1903) un embarras gastrique, sans fièvre. Il avait le dégoût des aliments, la bouche pâteuse, la langue épaisse et saburrale, le creux épigastrique douloureux, l'haleine fétide et il se plaignait d'une grande lassitude. Je lui dis que j'allais le purger et il répond: «Ce n'est pas possible! On peut purger un cheval, mais on ne saurait pas purger l'univers»!

Trois jours après (le 27) il éprouve des sensations internes assez étranges, et à partir de ce moment surviennent des idées hypocondriaques *qu'il n'avait jamais eues.* Il ne sait pas ce qu'on lui a fait cette nuit, mais il a subi un changement dans son corps, *il sent qu'il est pourri*, et il empeste tout; j'ai eu le courage de rentrer dans sa cham-

bre mais je payerai ça de ma vie. On devait l'enterrer avant qu'il arrivât à cet état. Si je le secoue, il se défait; si je lui tire légèrement un bras, il se détache du corps. Sa langue est tout-à-fait pourrie, et il tient du miracle si elle ne tombe pas. Il parle et remue encore, c'est vrai; mais ces signes de vie sont bien artificiels. Il n'a plus d'énergie, plus de force. Il est pourri, il est mort. C'est fini! Je lui affirme qu'il n'est pas mort, et il répond: «Si je ne suis pas un mort, gémit-il, comme vous le dites, je ne suis pas non plus un vivant; je tiens de l'un et de l'autre; je suis un mort-vivant; je suis dans le passage de la vie à la mort; je suis un mort avec un brin de vie. Vous avez beau dire, mais *tout ce que je ressens me donne la sensation d'être pourri, d'être mort.*

Le 1.er mars (1903), dans sa peau il n'y a que du lait, du pain et du riz, et plus rien du tout—elle ne contient plus un corps comme autrefois. Il est troué.

Les troubles des fonctions organiques ont produit une modification nouvelle dans l'ancien complexus cénésthésique, qui était déjà anormal; et ces idées hypocondriaques sont apparues dans la conscience comme une interprétation de cet état. C'est un épisode assez bien fait pour confirmer la pathogénie classique de ces idées délirantes dans la mélancolie.

Ce délire hypocondriaque est presque disparu avec les troubles digestifs qui l'avaient produit, et le malade retourna à peu près à ce qu'il était avant cette épisode, et il s'y maintient. Son état mental reste stationnaire, on peut dire qu'il est presque stéréotypé; je ne veux donc pas insister davantage.

Toutefois, depuis le mois de septembre il s'est produit un petit changement dans les actes du malade, qui me semble sans importance, mais que je désire signaler.

Il est toujours aussi humble dans son délire que dans son allure et dans sa physionomie; cependant j'ai pu l'habituer à me donner la main et à s'asseoir devant moi: il faut remarquer qu'il fait ça à contrecœur, très gêné et parce que je le veux. Il a beaucoup maigri.

—

Avant de jeter un coup d'œil sur l'ensemble de cette observation, je tiens à faire quelques remarques préliminaires, qui me semblent de grande importance pour les conclusions que je veux poser:

En ce qui concerne les *sensations* internes et externes, je n'ai pu saisir aucune anomalie, excepté dernièrement, à l'occasion des troubles gastriques; et c'est vraisemblablement pour cela que les idées hypocondriaques et les idées de négation visant la personnalité physique ont été absentes jusqu'à une phase si avancée de la maladie.

Hormis les premières nuits que le malade a passées à l'hôpital il n'a jamais eu *d'hallucinations* sensorielles, et les hallucinations motrices verbales ont été à peine épisodiquement esquissées.

La mémoire est excellente. Il se souvient des faits anciens et récents, des noms et des dates avec une precision remarquable qui fait l'admiration des amis et du personnel de l'hôpital.

Encore un fait à signaler: *La vision mentale* ne semble nullement affaiblie, ni altérée: il affirme qu'il peut se représenter mentalement et sans effort sa maison de commerce dans tous les coins, la distribution des étoffes et des meubles, aussi bien que les paysages de son village, les maisons, les arbres, le visage des parents et des amis. Mais toutes ces images, même celles qui autrefois lui étaient agréables, éveillent à présent des émotions douloureuses.

C'est la même chose avec les impressions auditives antérieurement perçues.

Je ne saurai pas affirmer l'existence d'un trouble bien net dans *la perception* des objets extérieurs, mais je doute qu'ils arrivent toujours à la conscience avec toutes leurs qualités, qu'ils soient bien perçus; il est cependant certain qu'ils ne produisent plus le même *accompagnement émotionnel* d'autrefois. C'est ainsi que le spectacle d'un beau matin de printemps, les poiriers couverts de fruits, les arbres en fleurs, etc., produisent dans sa conscience déprimée et souffreteuse une émotion pénible qui le fait pleurer—tout ça va se flétrir par sa faute, gémit-il, avec une expression de grande douleur. C'est ainsi que le souvenir des réjouissances populaires qu'il aimait passionnément, le fait fondre en larmes, et le pousse au désespoir en s'écriant qu'il n'a fait dans sa vie que s'amuser et manger aux dépens des autres, qui sont ses fils, et qui étaient toujours à la peine.

Donc, si nous n'avons pas de troubles bien appréciables dans la faculté de comprendre, ils sont très importants dans la façon de sentir.

C'est peut-être parce que la perception des objets extérieurs n'a pas été sérieusement atteinte que les idées de négation portant sur le monde extérieur se sont présentées dans un plan secondaire. Car, comme dit M. Séglas, cette négation particulière n'est qu'un défaut de la perception personnelle des sensations ou des images.

Comme dernière remarque, je tiens à consigner ici la grande activité psychique du malade et en même temps l'absence de *sens critique* visant à peine son délire, dont il fait preuve tous les jours, et qui le met dans l'impossibilité de contrôler et de corriger ses conceptions morbides les plus étranges et grossièrement fausses.

Ainsi que dans les paranoïques persécutés, nous avons, avec une

mémoire remarquable et avec une imagination très vive, des troubles profonds de ces manifestations les plus complexes du cerveau qui touchent au jugement, au raisonnement, à la logique.

Nous venons d'assister au développement d'un cas clinique du syndrome de Cotard, dont j'ai mentionné tous les symptômes dans l'ordre, parfois quelque peu embrouillé, de leur apparition; et maintenant que la maladie semble arrivée à la période d'état, et qu'elle reste stationnaire, nous allons jeter un coup d'œil sur tout cet ensemble symptômatique, et examiner l'enchaînement psycologique des idées délirantes entre elles et leurs attaches avec les autres éléments morbides, nous allons étudier la genèse et l'évolution du délire.

Au point de vue étiologique et contrairement à la règle nous n'avons pas une hérédité nerveuse très chargée; nous trouvons à sa place beaucoup de phtisiques dans la famille. C'est un fait qui a été déjà signalé par M. Séglas dans les mélancoliques auto-accusateurs avec des idées de persécution, (1) et par MM. Pitres et Régis dans les obsesions. (2)

Nous constatons encore que ce délire systématisé, qui en général survient après quelques accés mélancoliques, dans l'âge moyen de la vie, et chez les individus dont le caractère triste et scrupuleux contient déjà l'embryon de la maladie, peut apparaître au cours du premier accès de mélancolie (comme Cotard et Séglas l'ont montré), un peu précocément (34 ans), et chez des individus qui en paraissaient être préservés par leur joyeuse humeur.

Maintenant, en ce qui concerne la genèse et l'évolution des idées délirantes, si nous envisageons dans son ensemble évolutif les conceptions morbides qui viennent d'être exposées en détail, nous constatons tout d'abord que toute cette histoire pathologique, si longue et si complexe, naquit d'une contrariété amoureuse qui se répercuta sur l'émotivité en l'ébranlant et en la troublant (mai de 1900). Depuis, les deux éléments, intellectuel et émotif, qu'elle renferme, et qui forment le noyau de la maladie, n'ont jamais cessé de s'influencer d'une façon facheuse, en s'aggravant réciproquement, de manière qu'au bout de quelques mois (août 1900) nous avions une idée obsessive, accompagnée de grande anxiété, et à laquelle sont venues se rejoindre plus tard, et peu à peu, l'insomnie, la céphalée et des manifestations abouliques.

Il s'était ainsi créé un état morbide, encore quelque peu indécis,

(1) Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, p. 538.
(2) Les obsessions et les impulsions, p. 220.

qui pouvait faire penser à la neurasthénie, mais qui bientôt (novembre) se precisa en s'acheminant définitivement dans le sens de la mélancolie simple (ou mélancolie avec conscience), et qui, à son tour, (vers la fin de novembre et commencement de décembre) se transforma par l'apparition dans la conscience d'idées de culpabilité et de ruine.

Ces premières idées délirantes sont par conséquent secondaires; elles se sont manifestées neuf mois après le début de la maladie, et elles sont venues comme explication d'un état morbide où prédominaient une tristesse invincible, une inquiétude, une douleur morale bien «analogue à celle que doit éprouver un criminel après l'accomplissement d'un forfait.» Puisque notre malade était, c'est lui-même qui l'a dit, comme s'il avait «des remords», il a été amené, et très logiquement, à penser qu'il avait commis des crimes—la loi de causalité exige que ce remords ait un motif, une cause. L'idée de culpabilité est donc venue au malade par le fait de la douleur morale et comme son explication, et il l'a puisée immédiatement dans ses occupations—il a ruiné son associé par les erreurs de ses écritures.

C'est la genèse classique du délire mélancolique, soigneusement mise en relief par M. Séglas, mais sur laquelle Griesinger avait déjà insisté. Je remarquerai avec M. Séglas que ces déductions du malade ne sont pas le résultat d'un raisonnement *aussi nettement conscient* qu'on pourrait se l'imaginer; elles sont, en partie au moins, le produit de l'automatisme psychique inconscient. Mais le conscient et l'inconscient se continuent l'un avec l'autre par l'intermédiaire d'une grande masse d'états plus ou moins conscients—aussi bien dans la maladie que dans la santé—et sans qu'il nous soit possible d'établir aucune limite entre eux.

C'est bien simple et bien vulgaire ce qui vient de se passer jusqu'ici. Le malade qui n'était au début qu'un mélancolique conscient, qui se rendait parfaitement compte des changements survenus dans son caractère, est devenu un délirant mélancolique ordinaire. C'est très commun. Mais, et voici un fait plein de conséquences, notre mélancolique, pris d'une grande activité délirante, n'a pas pu s'arrêter à ces accusations restreintes; ce n'était pas assez pour son remords, toujours mis en éveil et surexcité par l'anxiété, et de mélancolique ordinaire il est passé à mélancolique ambitieux, tout en faisant le syndrôme de Cotard. C'est son orgueil à rebours qui l'a perdu. Il augmenta tous les jours le stock de ses crimes, qui à bref délai était considérable; il s'est mis à s'accuser à tort et à travers de tout, absolument de tout, et du même pas il est devenu, inconsciemment et peu à peu,

vaniteux dans sa culpabilité grandissante: «C'est à cause de lui que le monde cessa d'être le paradis biblique pour devenir un lieu de guerres et de douleurs... la vallée de larmes.»

Rappelons quelques accusations en particulier pour bien préciser cette genèse.

Il est coupable de la peste bubonique que nous avons eue: ses larmes disent que ça ne fait pas ombre de doute. Mais il ne faut pas lui demander d'explications «car il ne sait rien expliquer du tout: puisqu'il est un animal, il ne saurait pas comprendre comment il a pu faire tout ça». Il est l'auteur des tumultes qui se font au dehors, des bagarres, des querelles suscitées par la question religieuse, des grèves des ouvriers, etc. C'est incroyable comme il peut provoquer tout ça, gémit-il, dès qu'il ne sort plus de l'hôpital, mais comme il est la cause de tous les malheurs!...

On voit qu'il est poussé à s'accuser et il s'accuse. Voilà tout. Sa douleur morale lui fait croire qu'il est coupable de tous les malheurs, et cette croyance, qui s'est progressivement enracinée dans l'intimité de la personnalité individuelle, est devenue une conviction inébranlable, et tient debout contre tous les raisonnements. Depuis le mois de juillet ou d'août (1900) il sentait qu'il avait fait du mal, mais il ne savait pas en quoi, ni à qui; depuis, mieux éclairé, il a tout découvert et alors il ne doute plus des accusations qu'il se fait à tort et à travers et se creuse la tête pour pouvoir se les expliquer.

Voilà un fait remarquable d'où découle aussi logiquement, aussi par le besoin suprême de la loi de causalité, mettant en jeu l'association latente du cerveau, l'idée d'immortalité, l'idée d'éternité et tout le délire qui s'en est suivi, et que le malade accepte, sans contrôle et sans critique, dont il n'est pas capable, malgré sa grande activité psychique, comme les persécutés systématiques.

En effet, il ne me semble pas douteux que c'est l'idée de culpabilité qui, étant exagérée outre mesure, a poussé le malade vers l'idée d'immortalité: ses innombrables crimes exigeaient un châtiment sans pareil, une souffrance sans fin.

C'est encore cette idée de culpabilité étendue à tout, qui a conduit le malade, par un raisonnement plus ou moins conscient, vers l'idée d'éternité, qui lui était en quelque sorte nécessaire pour pouvoir être coupable des malheurs qui sont venus au monde avant sa naissance. L'éternité était évidemment la seule réponse qui pouvait le satisfaire dans sa logique: donc, conclut-il, «avant que je m'habillasse de chair et d'os, mon esprit flottait déjà dans les ténèbres à faire tout le mal qu'il pouvait».

Voilà ce qui se dégage de l'observation même du malade. Mais ce n'est pas tout. Il n'est pas douteux que les idées d'énormité et de grandeur qui successivement germèrent sur ce fond mélancolique anxieux ne soient pas venues indépendamment des conceptions qui se trouvaient dans la conscience à l'époque de son apparition; tout au contraire, elles en dérivent immédiatement, subissent leur action, et sont activement intégrées dans l'ensemble délirant. Il ressort, en toute évidence de notre exposé, que toutes ces conceptions fausses se donnent réciproquement de l'appui en se soutenant les unes les autres, qu'elles s'expliquent, se complètent, s'attachent et forment de cette façon un ensemble très consistant et assez logique, un vrai système délirant—*folie systématique*—que la discussion ne peut pas entamer dans ce qu'il a de fondamental.

Nous avons donc plus qu'il n'en faut pour caractériser une variété de mélancolie, qui nous apparaît assez autonome et assez personnelle, et qu'on ne peut pas se défendre d'approcher de ces formes de délire systématique, survenant dans la période chronique des psychonevroses, et que les auteurs Allemands appellent *Verrucktheit* ou *paranoïa secondaire*. Ça veut dire que la mélancolie peut se continuer insensiblement, peu à peu, avec la folie systématique; qu'elle peut verser dans une forme spéciale de paranoïa secondaire avec des idées d'immortalité, d'éternité, d'énormité, de négation et de grandeur, qu'on désigne sous le nom de *syndrome de Cotard.*

Mais, et je tiens à bien mettre ceci en relief, *pour arriver à ces conceptions délirantes, le processus psychologique n'est pas toujours le même.*

Tantôt l'idée d'immortaltté des anxieux chroniques se rattache nettement au délire hypocondriaque et des négations qu'on observe ordinairement, et de très bonne heure, chez ces malades, comme Cotard l'a montré le premier et après lui M. Séglas et autres auteurs, surtout français. *Ces immortels sont toujours et avant tout des négateurs*; dans l'évolution de leur délire, les idées de négation jouent, en effet, un grand rôle.

Tantôt les anxieux chroniques, en partant de leur conception de culpabilité, arrivent par une sorte de déduction assez logique aux idées d'immortalité, d'énormité et de grandeur, sans avoir besoin de passer, comme les malades particulièrement visés dans la description de Cotard, par le délire des négations, qui peut se présenter tardif et assujetti lui-même à la conception de culpabilité—c'est une filiation qui me semble péremptoire dans le cas que je rapporte. *Ces immortels sont toujours et avant tout de grands coupables*; dans l'évolution de leur délire, les idées de

négation ne sont pour rien, ou peu s'en faut; c'est l'idée de culpabilité qui joue un rôle prédominant.

Donc, contrairement à ce qu'on pense, la présence des idées, hypocondriaques et de négation n'est pas indispensable à ces malades pour arriver à l'idée d'immortalité.

A l'égard des malades du premier groupe il n'est que très juste de dire avec M. Séglas que l'idée d'immortalité, son origine étant donnée, n'est guère qu'un équivalent, qu'une forme la plus excessive de l' idée de négation; mais on ne saurait pas affirmer même chose, et avec la même justesse, vis-à-vis de notre malade, puisque chez lui l'dée d'immortalité n'est nullement apparue comme la forme la plus excessive de l'idée de négation, qui n'existait pas, mais plutôt comme la condition nécessaire pour pouvoir expier sa punition imaginaire à une souffrance sans fin.

On voít donc que notre malade, en ce qui concerne l'évolution de sa maladie, n'offre pas un cas parfaitement typique du syndrome de Cotard, mais une de ses nombreuses variétés, qu'il faut étudier soigneusement et classer avec ordre et méthode en suivant la voie tracée par M. Séglas. Après la connaissance des cas complets et typiqnes des entités morbides, cas d'étude, comme Charcot avait l'habitude de les appeler, et qui sont si rares dans toutes lés branches de la pathologie, vient l'examen des formes frustres et à évolution irregulière.

J'ajouterai, pour terminer, *que le délire de grandeur des mélancoliques a ceci de caractéristique, qu'il garde, pendant longtemps au moins, l'empreinte, le cachet de son origine; il ne cesse pas d'être humble et pénible, ce qui le rend contradictoire au premier chef*, comme on voit dans cette phrase que notre malade nous adressa en se mettant à genoux: «voux avez l'univers agenouillé à vos pieds».

Le délire systématisé des mélancoliques peut offrir une teinte spiri tualiste à nuance panthéiste, qui, est très curieuse au point de vue de la regression atavique.

Discussion.

M. THIVET (París): Dit qu'il a pris un grand intêret à la communication de M. Lemos, mais il craint que les termes: *idées de grandeur* appliqués à des mélancoliques se prêtent à des confusions; il pense que ces conceptions pseudo-ambitieuses traduisent seulement chez les mélancoliques l'immensité, la multiplicité de leurs souffrances et qu'elles ne peuvent perdre en aucun cas le caractère de douleur morale qui est le propre de cette affection.

NATURE ET TRAITEMENT DE LA MALADIE IMPROPREMENT DENOMMEE «AGAROPHOBIE»

par Mr. ADOLPHE BLOCH (de Paris)

Le mot *agarophobie* est, d'après nos observations, une expression impropre au point de vue nosologique.

Comme les névropathes sont, en général, très impressionnables, et souvent très peureux, on a supposé qu'ils devaient avoir peur de tout, même d'une place.

Mais cette soi-disant peur des places ou des espaces n'existe pas, selon nous, et ce qui constitue le phénomène, dit de l'*agarophobie*, n'est qu'un ensemble de troubles nerveux qui dépendent du nervosisme (neurasthéne) et qui se manifestent, sous forme de paroxysmes, dans les circonstances les plus diverses, non seulement quand le névropathe est forcé de traverser une place, mais encore quand il reste tranquillement chez lui, sans s'inquiéter de rien.

C'est ce que démontrent l'examen des malades, ainsi que l'étude comparée de certaines observations d'agarophobie publiées par divers auteurs.

Quand on demande aux malades ce qu'ils éprouvent dans ce moment critique ils ne disent jamais qu'il ont peur, mais ils répondent qu'ils ressentent des malaises tout à fait particulières, qui leur causent une angoisse extrème, et qui ne différent pas d'ailleurs de ceux qu'ils peuvent avoir dans bien d'autres occasions.

La crise est caractérisée par un sentiment de vide ou de vague dans la tête, accompagné de phénomènes vertigineux qui font croire au malade que le sol se dérobe ou qu'une chute est imminente; aussi comprend-t-on qu'il soit plus rassuré quand il a quelqu'un avec lui pour le soutenir au moment de traverser une place.

Ces symptòmes sont déjà assez gênants par eux mêmes pour l'empêcher de se mettre en mouvement, mais il en est un autre qui s'y ajoute souvent ou qui domine la scène, et dont on s'est très peu occupé jusqu'à présent; c'est une *sensation de défaillance ou d'évanouissement*, sous l'influence de laquelle il semble au névrophate qu'il va se trouver mal complètement. Mais la syncope n'en est pas la conséquence, et cependant cette sensation d'évanouissement, qui est un trouble de la sensibilité physique, doit être autrement pénible qu'une syncope ou même qu'une attaque d'épilepsie, car dans ces derniers cas la sensi-

bilité est abolie avec la perte de connaisance, tandis que le névropathe, qui n'a pas un moment d'absence pendant tout le temps de sa crise, conserve une perception très nette des sensations morbides, auxquelles il est en proie. Aussi comprend-on pourquoi il redoute tellement d'avoir une de ces crises.

C'est le cerveau qui ordinairement est siège primitif de cette perversion de la sensibilité (car dans *l'état nerveux* tous les organes sans distinction, peuvent être atteints de paresthésie), mais la sensation, de vide peut aussi avoir pour point de départ la région précordiale, d'où il semble que la vie se retire en produisant le même effet sur le cerveau.

Dans un certain nombre de cas l'on remarque des signes objectifs qui dénotent le trouble du système nerveux, comme de l'oppression, des palpitations, du tremblement, des transpirations, des bouffées au visage; il a des malades qui ont même des nausées, symptôme réflexe qui démontre bien le rôle important que joue le cerveau dans cette sensation de défaillance, mais ils n'éprouvent aucun trouble particulier du côté de l'intestin ni du côté de la vessie, comme cela a lieu d'ordinaire à la suite d'une peur véritable.

Il y a même des cas où la respiration et la circulation ne sont nullement influencées, et où le sentiment de défaillance ne se traduit par aucun signe extérieur; l'anxiété seule du malade révèle le symptôme qu'il éprouve, ainsi que nous avons pu le constater sur un sujet qui disait ressentir son malaise habituel au moment de l'examen clinique.

La crise est plus ou moins forte, et plus ou moins fréquente, non seulement suivant les sujets, mais encore suivant les époques et selon les circonstances.

Il faut noter qu'un tel symptôme, au moment où il se manifeste, n'est pas de plus longue durée qu'un vertige, mais il peut se reproduire plusieurs fois de suite d'une manière presque continue, ce qui augmente d'autant l'angoisse du malade.

Nous avons constaté, comme d'autres auteurs d'ailleurs, que la crise pouvait également survenir au théâtre ou à l'église, c'est à dire dans les endroits où se trouvent réunies un grad nombre de personnes; c'est la prétendue *peur des foules*, mais qui n'a pas plus de raison d'être que la peur des espaces.

Ainsi chez l'un de nos malades la sensation de défaillance, ou le simple vertige se manifestait quand il était placé au théâtre, au milieu de la salle, mais elle ne se produisait pas ou elle était très atténuée quand il s'installait près d'une sortie et qu'il avait la facilité de pouvoir s'en aller quand cela lui convenait.

On a encore signalé le même phénomène chez des avocats et chez des prédicateurs devenus névropathes à un certain âge, car ce n'est pas à leurs débuts, mais longtemps après lorsqu'ils sont déjà habitués à parler en public, que les sensations morbides peuvent se déclarer.

En somme le phénomène, dit de l'agarophobie, n'est pas particulier à la traversée des places, comme le mal de mer est particulier à là traversée de la mer, mais pas plus que le mal de mer les symptômes de l'agarophobie ne sont occasionnés par la peur.

Mais dans l'intervalle des paroxysmes, les névropathes peuvent encore présenter d'autres troubles nerveux, voire même de véritables peurs comme la peur du tonnerre, la peur ou plutôt l'aversion de certains animaux, et quand on se renseigne sur les antécédents de ces malades, l'on peut apprendre qu'ils étaient atteints autrefois de certains symptômes qui démontrent souvent l'origine héréditaire du nervosisme, tels que des convulsions et de l'incontinence d'urine dans l'enfance, des maux de tête et des psychoses dans la puberté, etc.

C'est donc avec juste raison que l'on a pu appeler l'état nerveux une *névropathie protéiforme* (Cerise) car la névrose change de forme avec l'âge et suivant les circonstances.

N'oublions pas de faire remarquer aussi que le vertige, éprouvé par certains névropathes en traversant une grande place, n'est pas non plus comparable au *vertige des hauteurs*, car ces mêmes névropathes n'éprouvent souvent aucun malaise lorsqu'ils se trouvent sur une élévation.

Je rappellerai qu'au Congrès international de médecine de Moscou en 1897, le Dr. Arie de Jong (La Haye) a fait sur les obsessions en général, une commnnication dans laquelle il dit quelques mots de l'agarophobie.

«Dans plus d'un cas d'agarophobie, dit-il, je pouvais constater, comme précédent, des vertiges. J'ai moi-même, ajoute-t-il, une certaine expérience à ce sujet. Je souffre depuis quelques années déjà de temps en temps, sous l'influence d'une malaria de vertiges, et je me trouve toujours quand je les ai, beaucoup plus mal dans une grande rue ou sur une grande place. J'ai interrogé beaucoup de personnes qui souffrent de vertiges, et plusieurs avaient fait la même observation. (T. IV, des C. R du Congrès de Congrès de Moscou, p. 99-100).

A ce propos, je prendrai la liberté de signaler, à mes honorables collègues, un ouvrage des plus intéressants sous ce rapport, mais très peu connu en France, et qui est intitulé: *Testament médical philosphique et littéraire*, par le Dr. Dumont (de Monteux), Paris 1865.

Sous ce titre ce médecin raconte l'histoire d'une maladie étrange

dont il a souffert pendant plus de 44 ans, et qui n'est autre que le nervosisme à forme particulièrement cérébrale,

Un autre volume qu'il publia ultérieurement sur la même maladie (lettres névropathiques, Paris 1877) complète l'ouvrage précédent, et nous fait voir les transformations qu'elle a subies avec le temps.

Or, parmi les symptômes éprouvés se rencontrent des phénomènes analogues à ceux de l'agarophobie, et ce médecin raconte qu'il traversait les places en courant, pour échapper au plus vite à la sensation vertigineuse.

Il ressentait les mêmes symptômes en faisant ses visites chez les malades, et même une fois en pratiquant un accouchement, enfin dans mille autres circonstances; mais jamais il ne mentionne la peur.

Je dois maintenant dire quelques mots sur les expressions *nervosisme*, *état nerveux* ou *névropathie protéiforme*, que j'ai employées de préférence au terme neurasthénie.

D'abord, nous ne croyons pas que ce soit l'affaiblissement du système nerveux qui est le caractère essentiel de la névrose, ainsi que nous l'avons déjà démontré dans une communication en 1891 à *l'Association française pour l'avancement des sciences;* ensuite la neurasthénie, telle qu'on la décrit généralement, ne comprend qu'une forme particulière du nervosisme, et encore les stigmates dits neurasthéniques décrits pas Beard et par Charcot, ne sont-ils pas toujours réunis ensemble! Ainsi chez certains névropathes la céphalée manque assez fréquemment, et la digestion, loin d'être troublée, est souvent plus active que chez les sujets bien portants; d'autre part, il peut exister chez eux d'autres symptômes nerveux qu'on a séparés sans raison de la neurasthénie.

A force de limiter cette névrose aux stigmates, appelés neurasthéniques, on a fini par remarquer qu'on se trouvait trop à l'étroit, et on a été obligé de créer d'autres maladies nerveuses, telle que la *névrose d'angoisse*, qui n'est en réalite, qu'une forme de nérvosisme dont le principal symptôme, comme dans l'agarophobie est la sensation de défaillance, qui chez certains malades, inspire la crainte d'une mort imminente.

Traitement.—Il faut, au point de vue de la gravité des symptômes diviser le nervosisme en 3 variétés distinctes:

La 1ere est cette forme légère d'état nerveux qui ne se manifeste que par intervalles éloignés.

La 2eme est d'intensité moyenne, mais les troubles nerveux sont déjà plus prolongés et plus fréquents que dans les cas précédents, et

ils peuvent quelquefois obliger le malade à cesser momentanément ses occupations.

Quant à la 3ème variété elle est grave en ce sens que les troubles nerveux sont plus fréquents et qu'ils présentent, à tout moment, des exacerbations qui mettent le sujet dans l'impossibilité de vaquer à ses occupations habituelles; elle est grave également parce qu'elle est plus difficile à guérir d'une manière radicale, car il restera toujours un fonds nerveux qu'il est impossible de faire disparaître s'il est d'origine héréditaire.

C'est dans cette variété que se trouvent en grande partie les névropathes qu'on dit atteints d'agarophobie.

Cette division du nervosisme en 3 degrés est nécessaire aussi au point de vue thérapeutique.

C'est surtout dans la forme légère du nervosisme, mais où il n'y a guère de véritables symptômes d'agarophobie que l'on peut voir réussir toutes sortes de traitements, parce qu'on y remarque souvent delongues intermittences que l'on attribue à l'un ou à l'autre de ces traitements.

Ainsi les toniques ou les antispasmodiques, les différentes applications chaudes ou froides de l'hydrothérapie, les divers procédès d'électrisation, les injections de sérum, l'administration de l'arsenic, etcétera, peuvent donner des succès; mais l'essentiel est de trouver la médication qui convient à chaque tempérament, car ce que l'un supporte l'autre ne le supportera pas.

Il arrive assez souvent que le patient, qui a déjà consulté plusieurs médecins auparavant, indique de son propre chef, le médicament qui lui a le mieux réussi à son idée—car chaque malade a son remède de prédilection—et il faut donc mettre à profit ce précieux renseignement, pour pouvoir revenir à ce remède préféré (en variant la forme), dans le cas où d'autres traitements seraient moins efficaces.

Dans le second degré de la maladie, les ressources thérapeutiques sont déjà plus limitées, mais c'est encore l'hydrothèrapie froide qui donne les résultats les plus durables.

Quant au 3er degré qui nous intéresse particulièrement ici, les médications qu'on peut y appliquer sont encore plus restreintes.

La maladie dite *agarophobie*, faisant partie de la symptomatologie du nervosisme, c'est donc de cette névrose générale dont on devra surtout s'occuper en vue du traitement.

Il faut avant tout modifier le fonctionnement anormal du système nerveux, qui occasionne les sensations morbides dont nous avons

parlé, et le meilleur moyen pour y arriver est, selon nous, l'hydrothérapie froide.

Il y a déjà 23 ans que nous avons cherché à démontrer que les douches froides agissent sur le système nerveux, nos pas en le fortifiant, comme on l'admet généralemeni, mais en exerçant une action perturbatrice, c'est à dire nne action excitante qui modifie l'habitude morbide des centres nerveux, et qui à force d'être répétée fait disparaître les sensations anormales qui caractérisent la maladie. C'est en somme par une sorte d'action contre-stimulante que l'eau froide diminue la surexcitabilité nerveuse.

Il arrive quelque fois que le praticien change d'opinion avec le temps, mais nous maintenons toujours nos idées sur ce sujet, et si l'eau froide est un sédatif, elle ne l'est que d'une manière indirecte par l'intermédiaire de l'action perturbatrice que nous avons décrite (1).

Mais cette variété de nervosisme, qui s'accompagne de la sensation de défaillance, étant une des formes les plus tenaces de l'état nerveux, il en résulte que le traitement hydrothérapique sera toujours très long; il ne faut pas moins de 6 mois, et encore est-ce à la condition de prendre une douche chaque jour et même deux par jour.

Quant au procédé à employer, c'est la douche mobile en arrosoir, destinée, comme on le sait, à mouiller la partie antérieure et la partie postérieure du corps, mais non la tête qu'il faut absolument ménager.

Aussi faut-il s'abstenir de la douche en pluie, au moins dans la majorité des cas.

La durée de cette douche mobile ne doit pas dépasser généralement 30 secondes. Mais souvent l'eau froide n'est pas de suite bien supportée, et dans ce cas l'on commence par l'eau chaude pour s'habituer insensiblement à l'eau froide (Béni Barde).

Ce sont des principes d'hydrothérapie bien connus maintenant de tous les médecins, car beaucoup de malades ne pouvant se faire traiter dans des établissements particuliers, il est nécessaire que chaque médecin puisse leur donner des conseils efficaces à ce sujet.

Il y a cependant des névropathes qui ne peuvent pas supporter l'eau froide, tant il est vrai qu'elle n'exerce pas d'action sédative, mais comme elle ne produit d'effet salutaire qu'au bout d'un certain temps, il faut engager les malades à persévérer. Si malgré cela l'on ne réussit pas, il faut conseiller l'entrée dans une maison d'hydrothérapie, dirigée par un médecin qui, outre les procédés variés dont il dispose

(1) Ad. Bloch - L'eau froide, ses propriétés et son emploi particuliérément dans l'état nerveux.—París 1880. (Trad. en espagnol. Madrid 1188).

pour l'application de l'eau froide, ainsi que de l'eau chaude, peut aussi influer d'une manière efficace sur le moral du malade.

En cas d'impossibilité d'employer ou de continuer le traitement hydrothérapique, il faut recourir au bromure de potassium, qui dans certains cas procure du soulagement.

L'on peut donner le bromure aux névropathes, à raison de 2 gr. à la fois, matin et soir, et cela aussi longtemps que c'est nécessaire, car l'affaiblissement, que l'on attribue à l'emploi plus ou moins prolongé du remède, ne m'a jamais paru bien réel.

Le valérianate d'ammoniaque, formule Pierlot (que tous les pharmaciens peuvent préparer) est aussi un médicamente qui soulage souvent certains névropathes atteints de malaises cérébraux.

Les médicaments toniques comme le quinquina, la coca, la kola, les glycérophosphates, etc, n'ont guère d'action sur la forme de nervosisme qui nous occupe, mais ils peuvent être utilisés par certains malades qui les essayent souvent sans consulter le médecin, et qui croient s'en trouver bien, parce que ces sortes de médicaments sont intitulés des fortifiants du système nerveux.

La médication ferrugineuse n'a aucun effet sur la maladie dite agarophobie, parce que le nervosisme n'est pas due à l'anémie, comme on l'a cru pendant longtemps.

L'arsenic est un bon remède qui, sans avoir une action spéciale contre la sensation de défaillance, exerce cependant une influence salutaire sur d'autres sensations morbides, comme l'amyosthénie, que le névropathe, indépendamment de ses crises, peut éprouver dans diverses parties du corps; mais la dose d'arsenic doit être modérée et prise en solution (une cuillerée à soupe, avant les principaux repas, d'une préparation de 300 gr. d'eau distillée pour cinq centigrames d'arseniate de soude).

Quant aux médicaments comme l'antipyrine, la phénacétine, le salicylate de soude, l'aspiriné, le pyramidon et tant d'autres encore, ce sont des substances qu'on ne doit employer, comme on le sait, que d'une manière passagère, pour calmer l'élément douleur qui peut accompagner le nervosisme.

D'ailleurs quand il s'agit de prescrire un médicament pour quelque temps c'est encore au bromure que nous nous adressons de préférence, surtout pour calmer les céphalagies persistantes de certains névropathes. Mais rappelons qu'en général toute espèce de remède doit être supprimé dans le cours d'un traitement hydrothérapique.

En ce qui concerne l'électricité, il résulte de la pratique du Dr. Larat que ce genre de traitement ne réussit pas dans le nervosisme d'ori-

gine héréditaire (Traité d'électricité médicale. Paris 1900 p. 434-435).

Or, le plus souvent la sensation de défaillance à cette origine, soit par hérédité nerveuse, soit par hérédité dissemblable, par la transformation d'une maladie ancestrale susceptible de passer aux descendants.

Si cependant un névropathe qui a entendu vanter les bienfaits de l'électricité, demande à essayer de ce traitement, l'on ne peut pas le lui déconseiller, et dans ce cas c'est l'électricité statique qui peut-être particulièrement utillsée.

Il va sans dire aussi que le calme de l'esprit est indispensable à la réussite du traitement, quel qu'il soit, car souvent ce sont les ébranlemements répétés du moral qui ont amené le nervosisme cérébral chez un sujet d'ailleurs déjà prédisposé héréditairement à se laisser émouvoir.

Aussi est-ce pour cette raison qu'il est quelquefois nécéssaire de faire sortir le malade du milieu dans lequel il vit, d'autant plus qu'un changement d'air a aussi quelque importance. Mais il faut se garder de considérer l'isolement comme étant applicable dans tous les cas, car il y a des névrophathes qui seraient beaucoup plus souffrants s'ils restaient séparés de leur famille.

Traitement préventif de la crise.—C'est seulement quand le système nerveux est modifié, dans son fonctionnement anormal, que l'on peut voir disparaître le vertige et les autres sensations morbides qui accompagnent la crise. Mais en attendant ce moment d'ordinaire très lointain, l'on doit s'occuper des moyens qui consistent à éviter les crises elles-mêmes ou à les atténuer.

Pour éviter la crise il faut naturellement éviter les occasions qui peuvent la provoquer, comme de traverser une place, il faut laisser au malade la facilité d'agir comme il l'entend. Il ne faut donc pas, sous prétexte de psychothérapie, l'engager à s'aventurer quand même; l'on n'obtiendra aucun résultat durable tant que l'habitude morbide des centres nerveux n'a pas été modifiée. Ce sera toujours autant de gagné si l'on peut éviter une crise qui surviendrait malgré tout.

L'on doit néanmoins chercher à agir sur le moral et l'on peut encourager le névropathe à dominer le mal en lui assurant qu'il n'est pas atteint d'une maladie organique, et que la sensation de défaillance, ne se termine jamais par la syncope. S'il y croit réellement, il se hasardera peut-être à traveser une place, comme le faisait le Dr. Dumont, en courant, pour abréger la durée du malaise.

Quant à se mettre au milieu d'un théâtre, il ne le fera pas toujours parce que la sensation de défaillance pourrait être tellement prolon-

gée qu'elle l'obligerait à déranger ses voisins pour sortir avant l'entr'acte.

Si l'on recommande au malade de ne pas penser à ses malaises, cela ne les empêcherait pas de reparaître à l'occasion, et il n'y aurait qu'une forte préoccupation morale qui, en l'absorbant entièrement, pourrait empêcher une crise de se produire momentanément, mais la psychotérapie seule, sans autre traitement, n'est pas suffisante pour la malaise qui nous occupe.

Quant à la suggestion hypnotique, elle n'est pas applicable dans ces cas, de l'avis de presque tous les auteurs.

Il y a cependant un moyen qui permet d'éviter la crise ou au moins de l'atténuer si l'on n'est pas libre de laisser échapper les occasions qui la provoquent d'ordinaire, c'est celui qui consiste à faire préalablement un repas.

La plupart des malades disent positivement qu'ils sont beaucoup plus dispos à ce moment, et le fait se trouve également signalé dans un certain nombre d'observations publiées par divers praticiens.

C'est donc un moyen que l'on peut conseiller sans inconvénient, à la condition toutefois que le patient ne se donne pas d'indigestion.

Remarquons qu'il n'est pas nécessaire, pour être soulagé, de boire beaucoup de vin, ni d'en augmenter la quantité aux repas suivants; mais le vin ne doit pas être défendu si l'on y est habitué, et il en est de même du café que certains névrophates affectionnent tout particulièrement, en raison de la stimulation bienfaisante qu'il provoque chez eux.

Il suffit donc de ne pas être à jeûn pour empêcher l'apparition des malaises en question. Aussi les névropathes de ce genre recherchent-ils un bien-être relatif en mangeant souvent dans la journée, et quelquefois aussi la nuit lorsqu'ils se sentent pris de leur crise et qu'ils ne peuvent se rendormir.

Ajoutons cependant que ce mode de traitement n'est pas infaillible; il n'est d'ailleurs pas curatif, malgré la suralimentation.

L'on peut remarquer aussi que les malades se trouvent souvent mieux le matin après un sommeil calme et réparateur, qui diminue momentanément l'érétisme du système nerveux.

C'est dont le matin que l'on pourrait se risquer à tenter la traversée d'une place, qui serait plus pénible à un autre moment de la journée.

Traitement de la crise.—Le plus souvent le médecin n'a pas à intervenir car il est rare qu'il soit appelé pour une crise de nervosisme comme il peut l'être pour une crise d'hystérie ou une crise d'épilepsie.

Si le malade se sent plus rassuré en ayant quelqu'un avec lui pour

traverser la rue il se fera presque toujours accompagner, et s'il ne déteste pas l'odeur des sels volatils, il en porterait sur lui pour s'en servir à l'occasion.

Le Dr. Dumont raconte qu'il avait l'habitude de s'étendre par terre lorsque la crisse survenait à la maison, et cependant il disait qu'il avait toujours la figure congestionnée à ce moment; aussi employait-il des compresses d'eau froide qu'il s'appliquait sur le front.

Mais chez d'autres malades la position horizontale n'amène aucun soulagement, car il y en a qui ont tout aussi bien la sensation de défaillance lorsqu'ils sont couchés.

SEANCE DU 27 AVRIL

CENTRE DE PROJECTION ET D'ASSOCIATION DANS LE CERVEAU

Selon les déterminations de l'anatomie pathologique actuelle.

(Doctrine de Flechsig.)

Rapport de Mr. L. BIANCHI (Napoli).

Je dois avant tout remercier le Comité central de l'honneur qu'il m'a fait en me désignant comme rapporteur d'un sujet d'une aussi grande importance et qui se rettache aux plus hautes questions de Psychologie.

Il est facile à comprendre qu'il n'était pas possible de faire un rapport complet et circonstancé sur tous les faits publiés jusqu'à ce jour en la matière. Celà serait presque inutile; et par suite j'ai cherché à restreindre le plus possible l'exposé des théories déjà connues, pour m'étendre plus longuement sur les faits nouveaux recueillis au cours des mes experiencées personnelles et dignes, je crois, d'attirer tout particulièrment votre attention.

La conception de l'existence de zones d'association avait été nettement exprimée par moi, voilà dixsept ans déjà. On doit à Flechsig la confirmation d'un tel fait, qui est issu tout d'abord des recherches expérimentales—ce que cet auteur semble ignorer et qui a été appuyé par lui sur d'autres faits anatomiques. Selon Flechsig, et tout le monde le connait dejà, que le manteau cérébral est en relation, par une partie seulement de sa surface, avec les organes de réception et d'émission. Cette partie, dans son ensemble, est constituée par des centres sensoriels et moteurs, qui recueillent les fibres de projection venues des organes des sens et donnent naissance à des fibres centrifuges allant aux appareils moteurs.

La zone qui possède les rapports les plus directs, avec la périphérie ne dépasse pas de beaucoup le tiers de la superficie totale de l'écorce. Tout le reste du manteau cérébral, c'est-à-dire plus de la moitié de sa superficie, par suite de la dissémination des fibres de projection, ne possède pas de rapports aussi nombreux et directs avec la périphérie, mais lui est reliée indirectment par l'intérmédiaire des zones precédement indiquées, et se trouve divisé en régions auxquelles

Flechsig a donné le nom de *zones d'association:* ce sont elles qui élaborent, les produits fonctionnels des zones de réception et qui fournissent des produits de la plus haute valeur psychique, tels qu'ils résultent de la fusion physiologique d'un certain nonmbre de produits psychiques plus élémentaires.

Les zones d'association, selon Flechsig, seraient au nombre de trois sur la face externe des hémisphères: l'antérieure ou frontale, située en avant de la zone motrice, ou selon ses propes termes, de la zone «somesthétique» et comprend le lobe préfrontal; une zone moyenne, beaucoup plus petite et formée par l'insula, se trouve placée entre le lobe frontal, la zone olfactive, la somesthétique et l'auditive; la troisième, plus large que les précédentes, est la grande zone d'association postérieure ou pariéto-temporo-occipitale. Elle comprend une superficie étendue, limitée en avant et en bas par l'insula, la zone auditive et la zone olfactive, en arriére par la zone visuelle, en bas, elle se continue sur la face inférieure de l'hémisphère jusqu'à l'hippocampe.

Comme tout le monde le connait bien, Flechsig, en poursuivant le but de ses recherches avec la méthode de surprendre la myélinisation des fibres nerveuses intra-hémisphériques pendant le développement du cerveau, au cours de la vie intra et extra utérine, a été amené a reconnaître un assez grand nombre de zones spéciales, auxquellse il a donné le nom de «territoires corticaux embryologiques». Il en a distingué 40 dans l'ouvrage de 1898, et il ne croyait pas que ce nombre fût définif. Ce nombre si grand de territoires corticaux est divisé en trois groupes: a) *territoires primordiaux,* qui se constituent normalement avant que le fœtus ait atteint sa maturité (du n° 1 au n° 8 de son système); b *territoires intérmédiaires* dont les fibres se myélinisent pendant le mois qui suit l'accouchement à terme (de 9 à 32); c) *territoires terminaux*, dont les fibres atteignent leur complet développement du premier au quatrième mois après l'accouchement à terme (de 33 à 40).

La signification physiologique des zones d'association, comme Mr. le Prof. Flechsig l'a désignée, n'est pas facile à définir.

L'interprétation la plus vraisemblable, qui, si elle n'est pas nettement formulée, se devine à travers les lignes des diverses communications faites à ce sujet par Flechsig, est que chacun des «territoires corticaux embryologiques» des trois groupes sus-mentionnés jouit de propriétés physiologiques distinctes; elles servent de base à autant de formes spécifiques de l'activité mentale.

Maintenant les phénomènes d'évolution anatomique ne correspon-

dent pas à ceux de développement des fonctions, parce que vous trouverez peut être la myélinisation complète de tous les faisceaux qui se portent á la région pariétale et au prétendu centre de la lecture d'un cerveau qui appartient à un imbécile qui n'a pas même appris à lire. Quand on examine, sans aucune prévention un aussi grave problème d'anatomie et de psychologie, une question élémentaire se pose tout d'abord; la myélinisation des fibres intra-hémisphériques suit-elle une loi constante, et dans l'affirmative, s'ensuit-il, à titre de corollaire indiscutable, que cette géographie d'anatomie évolutive doive être considérée comme le fondement et le soutien d'une sorte de géographie psychologique? Or, à en juger par les modifications que Flechsig lui-même a apportées à son schéma primitif, rien n'autorise à penser que la maturation des fibres intrahémisphériques s'opère, dans les détails, suivant une loi assez constante pour justifier la nouvelle géographie corticale.

L'observation des faits montre qu'aux territoires corticaux embryologiques ne correspondent pas des activités mentales spécifiques.

Suivant la méthode inductive du raisonnement il faudrait conclure que la myélinisation des fibres qui se portent aux centres soi-disant associatifs, n'a rien à faire avec l'évolution de l'intelligence, pour la raison très simple que pendant que les fibres des territoires terminaux sont entièrement devoloppées au quatrième ou au dixième mois après l'accouchement, l'intelligence se développe beaucoup plus tard. Il n'y a donc pas de correspondance entre les phénomèmes mentaux et le territoire anatomique auxquels nous voulons les assigner. Flechsig part d'un point assez discutable d'anatomo-psychologie, c'est-à-dire que les centres de la mémoire soient distincts de ceux de perception. Mais il n'est ni démontré ni vraisemblable, ne l'oublions pas, qu'il existe dans l'écorce cérébrale des centres de la mémoire distincts de ceux que nous appelons centres de perception. Si l'on conclut à l'identité du substratum anatomique des perceptions et des images commémoratives des sensations, c'est-a-dire des images des objets qui ont frappé nos sens, on en arrive à reconnaître que la zone de perception n'est que la zone de la mémoire des sensations. Si cette dernière zone était distincte de la première et si, dans la zone occipito-pariétale, située au-devant de la zone des perceptions visuelles, se trouvait celle dite d'association qui serait, selon Flechsig, comme le point de rencontre des perceptions fournies par les zones sensorielles, devenant ainsi le siège du processus de reconnaissance et de localisation des perceptions mêmes; si, dans une telle zone, se réunissaient non seulement les perceptions visuelles, mais encore les perceptions audi-

tives, olfactives et tactiles, aux dépens desquelles se forment les séries de composés psychiques d'ordre plus élevé, certes, l'hypotèse de Flechsig à l'égard de cette zone serait à la fois plus intelligible et plus vraisemblable. Mais cette vaste étendue du cerveau est dévolue presque tout entière à la fonction visuelle. Sur plusieurs points de cette région l'excitation électrique provoque des mouvements oculaires. Sa destruction en tout et en partie, produit, quand elle interésse seulement l'écorce, des troubles fugaces de la vision. Quand elle est profonde on a l'hémiopie permanente, et, quand elle est bilatérale, la cécité psychique, dans laquelle les objets sont vus quelquefois, mais ne sont pas reconnus. Après la destruction de l'écorce du lobe occipital, selon mes recherches, qui ont abouti à des résultats presque semblables à ceux de Munk, Ferrier, Hitzig, Ferrier et Yeo, Horsley ecc, disparaissent aussi les conditions nécessaires à la formation et à l'enregistrement des nouvelles images des objets vus pour la première fois.

Aussi l'extremité antérieure terminale de cette zone est, chez l'homme, exclusivement visuelle, en tant que destinée à une fonction plus élevée dans la hiérarchie physiologique, celle de la lecture, grâce à laquelle se forment et se conservent les images visuelles des signes graphiques des mots qui désignent les objets vus. Les éléments qui composent les images visuelles graphiques, comparés à ceux des images visuelles des objets mêmes, sont beaucoup plus nombreux, et c'est pour cela que cette zone doit accueillir un plus grand nombre de fibres qui peut-être se développent plus tard; elle a physiologiquement parlant, une valeur d'un ordre beaucoup plus élevé, et doit être regardée comme beaucoup plus évoluée sans cesser cependant d'être de nature perceptive et visuelle.

Toute cette large zone, appellée par Flechsig zone d'association, n'est donc en réalité, qu'une province de l'écorce destinée uniquement à la fonction visuelle à tous ses degrés depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes; et sa disposition serait telle que, de la simple perception lumineuse ayant pour siège la scissure calcarine, le cunéus et le pole occipital, la fonction évoluerait d'abord, par l'adjonction des éléments oculo-moteurs, vers la formation des images des objets, pour aboutir, grâce à ce dernier produit, dejà si complexe, à la formation des signes graphiques visuels des objets mêmes et de leurs rapports, dans le voisinage des limites antérieures de la dite zone.

Si les lésions bilatérales de cette zone, outre la cécité psychique à l'égard des objets, se traduisent par un état de démence plus ou moins grave, il n'est pas défendu de supposer que, dans ces cas, la démence

exprime la perte d'une grande partie du patrimoine intellectuel humain, constituée par le magasin des images visuelles du monde extérieur, portion considérable de l'ensemble des éléments sensoriels qui forment la base de la vie mentale.

D'autre part, il ne suffit pas d'affirmer que l'excitation de la zone sensorielle a pour résultat l'hallucination, et celle de la zone d'association dont nous nous occupons en ce moment, la confusion mentale; il faudrait appuyer cette assertion sur des preuves anatomopathologiques qu'aucun examen objetif des faits aujourd'hui connus n'a encore pu fournir. Il suffit, par contre, de rappeler les cas dans lesquels une eule hallucination visuelle ou auditive trouble profondément la personnalité psychique, au point de produire une intense confusion mentale, et même de véritables états de stupidité.

La confusion dans ces cas est produite non par des lésions de la zone associative, mais par les produits de perceptions subjectives (hallucinations) qui présentent un monde de rêve qui se confond avec la réalité. Les hallucinations, exercent un grand pouvoir inhibitoire sur toutes les autres fonctions elevées du cerveau. Cet argument ne vient pas très heureusement au secours de la thèse de Flechsig.

Je ne crois pas que les observations de Shaffer possédent toute la valeur que l'auteur veut leur assigner pour soutenir triomphalement la doctrine de Flechsig. La paralysie progressive est la moins propre à resoudre d'une manière efficace les questions inhérentes aux centres des projections. La variété des symptômes doit indiquer les différents siéges et la différente intensité du procès dégéneratif.

La variété hallucinatoire ne peut pas avoir le même siège que la forme neurasthénique. Et d'autre part, quand le processus est général les parties les plus frappées sont celles qui se développent les dernières.

La loi est la même que celle du domaine psychologique ou anatomique. Cependant la loi n'est pas toujours respectée, et Schaffer lui même a constaté une dégéneration plus avancée dans la première circonvolution temporale que dans la troisième tandis que Flechsig prétend que la troisième circonvolution temporale soit plus associative que la première.

De même Schaffer a observé une dégéneration avancée dans la corne d'Ammon et dans la *fimbria,* alors que les dernières ne peuvent pas être considerées commes des zones associatives. Les cas où l'on constate des lésions dans d'autres parties du cerveau ne sont pas atypiques comme Storch voudrait le faire croire. La paralysie progressive présente des grandes variétés, et il n'est pas possible de distinguer les

cas typiques des cas atypiques. Ces dernièrs sont des créations tout à fait artificielles.

L'analyse histologique ne contribue pas davantage à étayer la doctrine des zones d'association telle que l'entend Flechsig. La structure des zones de perception devrait être beaucoup plus simple que celle des aires d'association. Or les faits histologiques recueillis jusqu'à ce jour n'autorisent pas une conclusion semblable. On sait, depuis les recherches, déjà vieilles, de Meynert, que le lobe occipital à une structure particulièrement complexe (sept couches, au lieu des cinq que comporte la zone motrice). Cela a été récemment confirmé par Ramon y Cajal, lequel y à reconnu neuf couches. Aucune découverte n'est venue démontrer entre les cellules des zones sensorielles et des zones d'association, une différence de structure capable de justifier la différence de fonction si tranchée qui sépare ces deux sortes de zones. Il est vrai que Ramon y Cajal qui est, sans contredit, un des plus remarquables histologistes, déclare dans le travail cité plus haut, que lee coupes microscopiques des diverses zones sensorielles, motrices et associatives, de l'écorce cérébrale se distinguent au premier coup d'œil; il est vrai aussi que les études du même Cajal, de Hammarberg et de Schlapp, tendent à différencier chaque jour davantage la structure des diverses zones corticales; nous n'avons rien à ajouter aux résultats des dernieres recherches du Cajal, qui a découvert d'autres particularités dans les couches cellulaires de l'écorce.

Mais il n'en est pas moins tout à fait arbitraire de rattacher à ces différences structurales cette différenciation fonctionnelle au sens où l'entend Flechsig, qui attribue à la zone postérieure d'association la plus haute dignité intellectuelle.

Je crois que les observations les plus aptes à résoudre la question sont celles localisées dans la zone du langage. Nous savons que la surdité verbale due à la destruction en foyer de la première circonvolution temporale, produit une profonde démence. On sait que cette partie de la zone du langage est comprise dans les limites de l'aire sensorielle auditive ou de perception de Flechsig (territoires primordiaux N° 7 et, partiellement dans le territoire intermédiaire N° 23).

Maintenant nous trouvons une fonction spécifique d'une haute valeur intellectuelle localisée dans les territoires (primordiaux) et intermédiaires, et il est facile de comprendre quels éléments psychiques et sensoriels interviennent dans la formation des images verbales audivitive. Ces dernières synthétisent non seulement les élements auditifs et cinesthésiques de la parole, mais encore les nombreuses et complexes séries d'images visuelles, tactiles, musculaires, émanées de tous

les autres sens, en tant qu'elles se rapportent à l'objet exprimé par le mot, qui est reconnaissable, grâce à lui, dans tous ses détails.

A mon avis, sauf la première circuvolution temporale gauche, peu de régions du manteau cérébral possédent des rapports aussi nombreux et aussi étendus avec tout le reste du cerveau; et sont aussi intimement liées au mouvement de la pensée et à toutes les manifestationes psychiques.

C'est dans cette région que les idées revêtent la forme plastique de la parole qui tend de plus en plus à en exprimer tous les caractères, ainsi que tous les changements que leur impose la perpétuelle succesion d'une infinité d'exitations externes et internes. Flechsig, cependant, fait de cette région une zone de perception (primordiale) et (intermédiaire) et lui attribue par là, one importance beaucoup moins grande qu'à sa grande zone d'association parieto-occipitale.

Arrivons maintenant à la zone motrice. Bien qu'on la considère cemme une zone de projection, il est aisé de comprendre que c'est à elle que doivent aboutir toutes les ondes nerveuses venues des diverses zones sensorielles pour que les rèflexes psychiques qui nous mettent en relation avec le monde extérieur deviennent possibles. Cette zone représente, pour l'ècorce cérébrale, l'équivalent de ce que sont les cornes antérieures de la moelle épinière à l'égard des voies sensitives et des cornes postérieures.

Si tel est le mécanisme fonctionnel, la zone qu'on appelle motrice ne peut être qu'une zone d'association postéro-inférieure de Flechsig, parce qu'elle utilise le produit de toutes les zones sensorielles situées en arrière et en bas. Cependant elle est la première à se myèliniser, et elle porte le N.° 1 dans le schéme de Flechsig. Evidemment, les fibres qui se myélinisent les premières ne sont pas les seules à parvenir à la zone motrice, et, si dans le cours du développement cérébral beuacoup d'autres y parviennent de tous les autres points de l'écorce, quelle valeur conserve la distinction entre les zones de projection et les zones d'association?

Au devant de la zone motrice et comme faisant partie d'elle, se trouve une zone qui s'étend jusqu'au pied des cinconvolutions frontales et qui, si l'on en croit la plupart des auteurs est une province qui appartient à la zone motrice (depuis Boyer et Pitres jusqu'à Flechsig): elle est, pour moi, le champ d'évolution de la zone motrice. La partie moyenne de cette zone devient, si nous acceptons les observations faites jusque ici, le champ d'extension de la zone motrice des membres supérieurs pour les mouvements complexes destinés à l'exercice de chaque profession, comme l'écriture. En vérité un travail nouveau,

intense et prolongé, doit entraîner non seulement un perfectionnement de la fonction primitive, mais une extension plus grande de la surface fonctionnante de l'écorce.

Tandis que le centre moteur primitif sert aux mouvements qui ont pour but immédiat la conservation de l'individu,les centres qui se forment par l'exercice servent aux mouvements, assez plus compliqués, pour les relations de l'individu dans son milieu social.

On peut en dire autant du pied de la troisième circonvolution frontale, qui est la zone motrice du langage articulé et se trouve placé immédiatement au devant de la zone des mouvements d'ordre inférieur des lèvres, de la face, de la langue, du larynx, etc., c'es-à-dire des mouvements des groupes musculaires précisément affectés à l'articulation de la parole.

J'émets l'hypothèse que le centre de l'écriture qui a fait naître tant de discussions, serait intimement lié à celui des mouvements des bras (préhension, défense, etc.), comme le centre de la parole articulée l'est au centre de la mastication, de la phonation, de la mimique faciale, etc.

Les centres moteurs de l'écriture et de la parole articulée sont le siège de la fonction motrice plus intellectualisée, dans la hiérarchie des centres de mouvements destinés à des fonctions spéciales; aussi doivent'ils être constitués d'unités cérébrales qui synthétisent au moyen d'innombrables voies d'association, les divers apports des ondes nerveuses des points voisins ou éloignés, mais concourant tous à cette haute fonction qui, pour être essentiellement motrice, n'en est pas moins effectivement la plus parfaite expression de la vie psychique supérieure.

Dans la doctrine de Flechsig il faut donc distinguer deux faits: les résultats des recherches anatomiques et celui des constructions doctrinales que l'auteur croit faire jaillir des faits anatomiques. L'un et et l'autre faits contiennent des vérités qu'on peut accepter dès maintenant, et des conclusions fantaisistes qu'on ne peut pas accueillir. Il me paraît impossible de révoquer en doute que la myélinisation des fibres nerveuses dans l'hémisphère cérébral procède dans des temps différents dans des zones diverses, et on peut assurer que les centres sensoriels définis par des expériences faites sur le manteau cérébral soient précisément ceux qui apparaissent les premiers plus dévolloppés par le fait qu'ils sont fournis avant les autres parties du manteau, et en plus grande abondance, de fibres de projection.

Mais Flechsig a bienv oulu donner un plan architectonique de développement, qui surpasse la démonstration. Le jugement ressort des

modifications qu'il a lui-même introduites dans la distribution des zones qu'il a définies et indiquées par des chiffres, de sorte que les zones signalées dans les précedentes publications ne correspondent pas à 40, chiffre auquel il est arrivé dans la publication de 1898, et tandis qu' alors il promettait que les zones en question auraient augmenté, au Congrés des physiologues à Turin, il présenta une troisième édition de sa géographie corticale dans laquelle les zones étaient au contraire réduites à 36. Mais la progression du développement établie par Flechsig ne correspond pas à celle trouvée par Vogt. Les deux cartes géographiques du monde cortical rédigées avec la méthode du développement des fibres mûres ne se correspondent pas. Il faudra répéter plusieurs fois les explorations.

Et la présence des quelques fibres de projection dans les zones associatives de Flechsig soutenue par Déjerine reste encore subjudice. Contre ces dernières les arguments de Flechsig apparaissent trop pauvres et embrouillés. Les mérite absolu qu'il faut reconnaître à Flechsig, c'est d'avoir établi avec sa méthode et ses recherches sériales, que les zones corticales ne reçoivent pas contemporainement et également les fibres de projection, mais que certaines zones en reçoivent tout d'abord et en grande quantité tandis que d'autres en reçoivent moins et avec plus de retard. Si pour ce fait anatomique nous voulons appeller ces zones «centres d'associations» je n'aurai aucune difficulté de l'accepter à condition pourtant, qu'une telle dénomination exprimât simplement un fait anatomique.

Dans sa dernière communication Flechsig a relevé un fait déjà connu; c'est à dire que chaque zone sensorielle possède dans sa couronne rayée des fibres de sens et des fibres centrifuges qui probablement sont des fibres motrices.

Il vient confirmer les résultats des recherches de Golgi sur la coexistence des cellules motrices et sensitives dans tout le manteau cérébral, et mes propres inductions relatées dans un travail publié dans «La Rivista Sperimentale, année 1882». Or il est évident, et à la même opinion se rattachent aussi les Psychologues comme Bourdon et Münsterberg, que les zones sensorielles ou de projection sont des zones associatives. Le nombre des fibres de projection diminue à la périphérie de chacune des zones sensorielles, là où augmentent les fibres d'association; mais ce fait est en rapport avec la progressivité du processus perceptif qui se complique toujours davantage sans jamais perdre son caractère fondamental et originaire de la sensation primitive. Une telle zone périphérique est plus associative que la sensorielle primitive, mais elle est perceptive et mnémonique. Celles qui s'appellent

zones associatives sont des terres préparées pour la culture et qui attendent la semence.

Que représente fonctionnellement dans l'analphabète le lobe pariétal inférieur?

Cette partie du manteau est un champ presque inculte, et insignifiant au point de vue psychologique chez l'homme qui n'a pas appris à lire tandis qu'elle a une grande importance pour ceux qui s'excercent dans la lecture et qui apprennent beaucoup par ce moyen.

Comme un organe qui ne travaille pas est moins facilement atteint ainsi il est très rare d'observer des analphabèts avec des lésions du lobe pariétal. J'en ai observé un seul cas.

Le foyer de l'amollissement comprenait une partie du girus angulaire et une zone de la branche postéro-inférieure du girus marginal. La lésion pénétrait jusqu'aux radiations optiques de Gratiolet. La sinthomatologie se réduisait à une hémianopsie bil. hom. à droite et à quelques amnésies surtout se rapportant aux noms d'objets. Cet homme ne paraissait pas avoir beaucoup souffert.

Une autre observation peut servir de complèment à l'observation précédente. Un homme âgé... (De Marco 1.º) est atteint d'une première attaque cérébrale avec perte de la conscience et qui dura quelques heures á peine.

Dans les 24 heures il reprit conscience, mais il avait perdu toute communication avec le monde extérieur. Il eut l'air confus, et fut envoyé à l'établissement des fous. L'examen du malade témoigna le syndrome classique de la surdité verbale. L'individn en question comprenait à peine quelques mots des plus simples, mais il fallait les lui répéter plusieurs fois et à haute voix. Il comprenait les signes et les répétait, mais il ne pouvait pas exprimer une seule pensée régulièrement, il gâtait presque tous les mots, sans jamais arriver à composer la plus simple phrase. Il montrait la forme de démence classique aphasique que j'ai décrite.

Pendant son séjour à l'hôpital, il fut atteint une seconde fois mais plus légèrement et plus brièvement. L'examen du malade après quelques jours montra hémiopie à droite. Aucune changement ni dans la forme d'aphasie ni dans l'intelligence.

A l'autopsie qui suivit après les quelques mois qu'il vécut encore, et dans lesquels son état resta stationnaire, on trouva deux foyers d'ammollissement, le premier sur le côté postérieur de la 1e circonvolution temporale, le second plus récent sur le girus angulaire qui au devant se prolonge presque jusqu'au premier et pénètre jusqu'aux radiations optiques. J'avance la supposition que cette partie du lobe

occipito-pariétal qui est destinée à la formation et à la fixation des signe graphiques des mots, et qui représente un degré plus développé de perception visuelle vis à vis de la perception des objets, a très peu d'importance pour le procès intellectuel chez les personnes analphabètes et chez celles qui se sont peu exercées à la lecture.

Bien d'autres effets dérivent d'une même lésion chez une personne cultivée qui a beaucoup appris par la lecture. Je vous présente quelques photographies d'hémisphères gauches avec un foyer sur le lobe pariétal inférieur gauche. Ces deux cerveaux appartiennent à deux personnes très cultivées, un directeur de typographie et une femme qui donnait des leçons de langues étrangères et de musique. Tous deux eurent des attaques de vertige, quelques troubles passagers de la motilité des membres du côté droit, hemyopie à droite, amnésie des mots, legers dégrès de paraphasie, perte de la plus grande partie du patrimoine intellectuel, une vraie démence aphasique visuelle. Pas de surdité verbale, pas d'autres troubles de la sensibilité et de la motilité; la syndrome était bien caractéristique. A l'autopsie j'ai trouvé le ramollissment du lobe pariétal inférieur et particulièrement du gyrus angulaire jusqu'aux radiations de Gratiolet.

Les mêmes lésions et dans le même siège produisent donc des résultats extraordinairement différents par l'introduction d'un facteur individuel.

Une telle supposition acquiert de l'importance par le fait, que la lésion de la même région pariétale de l'hémisphère de droite, ne donne pas lieu à ces pertes intellectuelles qui sont l'effet constant des lésions de la région homonyme de l'hémisphère gauche chez les individus habitués à la lecture, et dont l'intelligence est nourrie d'images visuelles verbales.

Les lésions de la région pariétale de droite ne produisent des désordres intellectuels que chez les gauchers. La littérature possède plusieurs de ces cas, il n'est pas nécessaire que je fasse le résumé des cas particuliers. Pendant que les images des choses se forment bilatéralement, ainsi que la destruction de la zone perceptive visuelle d'un côté ne produit pas de dommage à l'intelligence, par ce qu'un seul hémisphère suffit à fournir les mêmes images que peuvent fournir les deux, les images des mots se forment par le seul hémisphère gauche, tandis que le droit, sauf preuve contraire, a seulement une importance moyenne pour le produit d'une si haute valeur intellectuelle comme sont les images verbales visuelles. Chacun peut juger par lui-même qu'il n'y a pas de correspondance entre les faits anatomiques cités par Flechsig et les faits physio-psychologiques, et combien encore il faut

rechercher avant de pouvoir affirmer avec sureté les doctrines psychologiques que Flechsig fait jaillir de ses recherches!

La fait donc est en cela, que les lésions de la grande zone associative postérieure de Flechsig, le grand centre intellectuel de ce savant, ne donnent pas de désordres intellectuels à droite, elles en donnent à gauche uniquement à ces personnes qui ont appris à lire et ont appris beaucoup par la lecture. Une partie donc de la grande zone associative postérieure de Flechsig est la zone perceptive pour les symboles graphiques des mots, et elle est aussi zone associative parce que pour entendre les signes verbaux il faut une très large association de beaucoup de produits d'autres zones corticales.

Le désordre intellectuel est produit par la suppresion de ces symboles dans lesquels est fondu la pensée. Les images des mots sont formées chacune dans son propre siège qui ne sont à leur tour que des centres perceptifs.

La doctrine de Flechsig donc bien qu'elle ait été accueillie même autre part qu'en Allemagne, c'est à dire que les images-souvenirs ne peuvent être reproduites qu' avec la mise en action des centres d'associations, sans l'intervention des centres de la sensibilité (perceptifs?) ne peut pas se soutenir. Comme si ces images n'eussent aucune énergie spécifique dans les centres perceptifs, et en acquissent, au contraire, dans les centres d'association, qui seraient comme des laboratoires à distance des produits intellectuels avec le matériel qu'enverraient les centres sensoriels.

Dans les centres intellectuels, selon Flechsig, arriverait la reproduction des images sensorielles.

Celle-ci est la conception de la doctrine psycologique que Flechsig a développée dans son œuvre intéressante.

Chacun peut juger comment une telle façon de concevoir les phénomènes de la pensée s'éloigne de la loi universellement acceptée, c'est-à-dire, que chaque organe nerveux donne ce qu'il produit, et reproduit ce qu'il a formé et qu'il a donné. Chaque groupe associé (tel est un centre perceptif) reproduit ce qu'il a produit et conservé. S'il n'en était pas ainsi et si la doctrine de Flechsig était vraie, une lésion de la partie postérieure de la première circonvolution temporale gauche ne devrait pas apporter grand dommage si non la surdité verbale, parce que comme les images verbales auditives formées dans cette partie de l'écorce antérieurement, furent transmises à la zone associative et y furent conservées, la personalité psychique ne devrait perdre rien autre que la capacité d augmenter par cette voie-là son patrimoine d'images auditives, tandis que celui accumulé précédemment devrait rester

intact et actif. Les faits montrent parfaitement le contraire. Une lésion de la zone marquée avec le N° 23 (en 1898) sur la première circonvolution temporale gauche, qui dans la communication au Congrès des physiologues de Turin était devenu zone 5, donne la plus grave, la plus profonde, et la plus irrémediable démence. Tandis que toute la large zone marquée avec les numéros 25-28-29-30-38 et 39, est entièrement en rapport avec toutes les autres zones perceptives et par cela en mesure de fonctionner très bien. Le fait montre l'imposibilité absolue de la reproduction des images auditives des mots quand le centre qui les forme est détruit.

Mais la preuve du contraire ne manque pas. Je préssente ici la photographie d'un ramollissement de tout le lobe temporal gauche du cerveau d'un homme qui à la suite d'une attaque cérébrale très grave avait présenté des symptômes de surdité verbale incomplète et de paraphasie assez intense. Quand on lui parlait lentement, il comprenait le sens des mots prononcés et il résussissait à se faire comprendre avec des gestes et des demi-mots et employait même des mots régulièrement formés mêlés pourtant aux mots tronqués (paraphasie). L'autopsie découvrit un vaste et ancien foyer de ramollisement qui occupait toute la masse médullaire du lobe temporo-sphénoïdal, détruisant aussi, un peu plus en arrière, eutre tout le gyrus temporal inférieur, une bonne partie du lobule fusiforme.

Une bonne partie donc de la zone qui dans la carte géographique de 1888 porte les numéros 28 et 38 du lobe temporal, et dans celle présentée au Congrés de Turin le numéro 36, étaient détruites.

Malgré une si vaste destruction d'une partie de la zone intellectuelle, cet infirme ne présentait d'autre phénomène, si non celui de la paraphasie, qui, je pense, était dû au fait suivant. En exécutant des coupures successives d'avant en arrière sur ce lobe on arrive en correspondance de la zone 23 sur la carte géographique de 1898 et 5 sur celle de 1901, sur lequel lobe on observe très bien que le ramollissement se prolongeant en arrière detruit une partie de la moelle de la 1re circonvolution temporale dans ce point. Le lésion s'approfondit là où les fibres de la circonvolution temporale, qui pourraient s'appeller temporo-insulaires, vont d'arrriére en avant pour se glisser à travers l'insula, la capsule extrême, et peut-être même à travers la capsule externe au lobe frontal et probablement au pied de la troisième circonvolution frontale (centre de Broca). Nous supposons que le centre de Broca ou cinesthétique de la parole (si nous voulons adopter la dénomination que lui donne Bastian) fontionne sous la direction des centres sensoriels de la parole, l'auditif et le visuel qui possèdent un dif

férent pouvoir directif selon que, sous le rapport de la parole, les hommes sont plus auditifs ou plus visuels. La destruction d'un des deux centres chez les individus qui savent lire et écrire, ou d'un seul centre chez les analphabets porte toujours l'incapacité ou le défaut fonctionnel dans le centre de Broca. Le même manque fonctionnel s'obtient lorsque les voies de communication entre les centres sensoriels de la parole et le centre cinesthétique sont interrompues. Ces dites voies passent par l'insula et la substance blanche.—Mon observation, je crois, ne laisse aucun doute sur l'interprétation du phénomène paraphasique, et sur le peu d'importance que les circonvolutions temporales 2-3° ont vis à vis de la pensée. Les cas dans lesquels la perte intellectuelle fut maximum à la suite de lésions du lobe temporal sont ceux dans lesquels la lésion s'étendait jusqu'à la zone 5 de Flechsig, c'est-à-dire à la partie postérieure de la Ie et de la IIe circonvolution temporale, qui est centre de perception pour les symboles verbaux acoustiques; il est aussi centre de conservation des ces mêmes symboles.

Quand cette zone corticale vient à être isolée des autres centres corticaux, et se trouve en communication avec le centre de Brocca on a l'écholalie: dans laquelle les images sont reproduites du stimulus externe, et sont transmises comme ondes excitatatives au centre de Broca sans être comprises.

Une autre contribution, je crois, peut nous venir sur le mécanisme des procès psychiques en rapport du manteau cérébral, de l'examen des cerveaux mycrocéphales.—J'ai préféré compiler cette relation à l'aide de mes propres expériences, parce que, plutôt que de recueillir, catégoriser, et discuter sur des observations déjà connues, il nous faut de nouvelles observations qui par de nombreuses voies fassent un peu de lumière sur l'intéressant problème, qui depuis longtemps demande contribution à l'anatomie et à la physiologie; et à présent plus-que jamais, après les importantes recherches de Flechsig qui nous présentent le problème différemment et sur un plan architectonique tout-à-fait différent. Je présente ici la photographie d'un cerveau microcéphale qui, y compris le cervelet, pesait à peiue 384 grammes. Il appartenait à un idiot dont l'intelligence était primitive et qui vécut jusqu'à l'âge de 24 ans. Il se montrait incapable de mouvements un peu délicats, mais pourtant il avait conservé un bon nombre d'images visuelles d'objets, de lieux, et de personnes. Les perceptions étaient isolées, les jugements immédiats et très simples; aucune spontaneité dans la volonté, il ne faisait un mouvement que sous l'action des stimulus extérieurs et ces mouvements avaient toujours le caractère des reflexes. Il lui manquait complètement la parole excepté quelques mo-

nosyllabes «pa pour pain.» L'examen du cerveau nous fit remarquer le lobe frontal peu développé, l'absence presque complète de la 3e circonvolution frontale gauche, la zone rolandique peu développée. Au contraire le lobe pariétal inférieur, l'occipital, la partie occipito-temporale étaient relativement très dévcloppés.

L'examen histologique déjà commencé nous dira les différences histologiques des différentes regions de ce cerveau, parce que je pense, et sans doute grand nombre d'entre vous seront de mon opinion, que nous aurons une importante contribution à la solution du problème posé par Flechsig, grâce à l'examen comparatif des différentes régions corticales des cerveaux des microcéphales. Il est évident qu'en jugeant des proportions des différentes régions du cerveau et de leur morphologie, la zone occipito-pariétale, la temporale inférieure et le lobule-fusiforme sont extraordinairement développés par rapport à la zone frontale et à la région rolandique.

Avec ces faits anatomiques coexiste la presque complète absence du procès associatif dans le sujet qui possédait un cerveau ainsi fait.

La seule région que l'on peut considérer comme associative au sens le plus étroit c'est la zone préfrontale. Les nombreuses expériences pratiquées sur des chiens, des renards et des singes, exceptés des troubles, transitoires, visuels et la paralysie temporelle des muscles de la nuque et du tronc lorsque la limite de la lésion tomba plus en arrière, ne donna lieu à aucun trouble sensoriel ni à aucun trouble moteur. Tous les résultats démontrent clairement un complet changement dans l'ensemble des manifestations psychiques de l'animal mutilé. Nous observâmes toujours un remarquable défaut dans le pouvoir perceptif dans ses plus complexes manifestations, une grande superficialité de jugements, le manque de force d'attention, l'incapacité de nouvelles adaptations et de souvenirs nécessaires pour pouvoir utiliser l'expérience antécédente; le manque d'initiative et de ressources intellectuelles, la stupidité dans la conduite, l'impulsivité occasionelle etc. Aussi les expériences succesives ont affirmé ce que j'ai publié dans un article en 1895 dans le «Brain». Cette symptomathologie coïncide en partie avec celle qui se produit dans l'homme à la suite de lésions bilatérales du lobe préfrontal, dont un exemple très démonstratif, a été publié par Zachez.

Vis à vis de tels faits, la seule discussion est de savoir si le lobe frontal possède des fibres de projection.

Tandis que Flechsig nie l'existence de ces fibres, Déjérine les a trouvées. Dans les recherches que j'ai institués et publiées en 1897 dans «gli Annali diNeurologia», je trouvais un petit nombre de fibres

dans le trait antérierur de la capsule intérieure et que je ne pus pas suivre.

Dans mes recherches consécutives je n'ai pas réussi à découvrir des fibres de projection. La raison de ce résultat différent de l'autre, c'est que dans la première série j'utilisai des cerveaux de singes auxquels manquaient les lobes frontaux depuis déjà 9 à 11 mois, tandis que dans la seconde série j'ai fait ma recherche sur un singe opéré 17 jours auparavant. Dans les premiers cas la coupure était tombée un peu plus en arrière, raison par laquelle peut être lesée la limite de la zone des muscles du tronc, et profondément les fibres du cingle et la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux. Dans le second cas la coupure fût limitée au lobe préfrontal, au devant des pieds des circonvolutions frontales. Pour cette seconde série de recherche a été adoptée la méthode de Marchi.

La figure que je joins ici démontre que seulement deux faisceaux sont gâtés et ces faisceaux contiennent un nombre relativement petit de fibres longues. Un des deux faisceaux correspond au faisceaux fronto-occipitale déjà connu, et l'autre, provenant du faisceau arcuatus extérieur, se jette dans la capsule externe. Au moyen de ces deux faisceaux les communications directes entre le lobe frontal et la grande sphère sensorielle temporo-occipitale viennent assurées.

Il n'existe aucune relation directe entre le lobe préfrontal (au devant du sillon préfrontal); et le thalame optique moyennant des fibres associatives directes. Il n'est pas improbable que le trait postérieur du lobe frontal envoie et reçoive des fibres thalamiques.

En laissant cette question comme insoluble et en admettant pourtant que la zone musculaire du tronc et de la nuque, au dire de Munk, s'étende sur le lobe frontal dans le chien, il nous reste la certitude que dans les cerveaux les plus développés comme ceux du singe et de l'homme, dans lesquels existe un vrai lobe préfrontal, celui-ci est l'unique région dont la destruction ne produit aucun trouble de sens ni de mouvement, et qui possède de nombreuses et épaisses voies associatives avec la zone tactile-motrice (somesthétique) et deux longues voies associatives directes avec la région sensorielle temporale et occipitale.

Les lobes préfrontaux donc, sont le champ de fusion des produits élaborés dans les zones perceptives qui sont en rapport continu avec eux. Les raisonnement basé sur la mémoire, et la synthèse historique des expériences de la vie d'où naissent l'attention, l'inhibition et la haute sentimentalité, sont les manifestations les plus évidentes de la fonction de cette partie si importante du cerveau.

Je sais bien que j'ai seulement effleuré les questions les plus importantes qui se rapportent à la doctrine de Flechsig, mais j'ai cru que dans une circonstance pareille, la discussion n'aurait pas suffi à épuiser ln question. Il faut surtout apporter des faits; et ces derniers ne peuvent être recueillis en nombre suffisant qu'à la suite de beaucoup de temps et de patientes recherches. M'inspirant à cette idée je me suis proposé d'apporter à ce Congrès les résultats de mes observations, et non de faire une classification et une critique des observations déjà publiées, et qui sont connus des tous. Voici maintenant les conclusions que je pose.

1.° Les recherches de Flechsig avec sa méthode ont donné une grande impulsion à la connaisance anatomique du cerveau et de son développement parce qu'il semble assuré que certaines zones du manteau possèdent un plus grand nombre de fibres de projection que d'autres.

2.° S'il est vrai que les fibres nerveuses du manteau ne se myélinisent pas en même temps, on doit démontrer encore si la myélinisation des fibres appartenant aux zones dites intérmédiaires et terminales est soumise à une loi de développement, car sur ce point Flechsig s'est lui-même contredit plusieurs fois.

3.° Bien qu'on veuille admettre que le fait anatomique doit avoir une signification physiologique, il reste toujours à démontrer les conclusions psychologiques données par Flechsig. Ces dernières ne sont pas bien fondées. De ce point de vue on n'arrive pas à comprendre l'existence des zones associatives comme Flechsig l'a conçue, parce que toutes les zones perceptives sont des zones associatives. La loi de la progressivité qui existe dans le processus de la perception, nous la rencontrons dans l'agrandissement progressif des zones sensorielles dont le produit est progressivement plus compliqué. Le rapport entre le fait anatomique et les phénomènes psychiques n'est pas ce que Flechsig l'a imaginé.

Les zones intérmédiaires et terminales peuvent être des terres vierges qui attendent d'être cultivées.

4.° Les zones perceptives qui comprennent toute la zone associative postérieure sont des centres de formation et de conservation des images. On ne peut pas démontrer le passage des images du centre de perception à celui d'association postérieure, qui serait, selon Flechsig, aussi centre de conservation et d'association pour les images venant des autres centres perceptifs.

Les lésion de la zone du langage démontrent que les images verbales auditives, visuelles, et tactilo-motrices se forment et se conservent

dans les zones respectives, et que la destruction de l'une d'entr'elles produit la perte irréparable des images qu'elle a composées et conservées, et même la perte du langage selon l'importance du centre endommagé.

5.° Il est très dangereux d'utiliser pour cette question les matériaux fournis pas la paralysie progressive, parcequ'on connait bien que les lésion dans cette maladie sont très diffusses et commencent plus fréquemment dans des élements cellulaires, et on doit les rechercher avec des méthodes très délicates. Je crois que la solution du problème doit être demandée aux lésions en foyer, et on peut démontrer que celles qui produisent plus de dommage à l'intelligence sont celles des zones perceptives du langage, et spécielement de la zone auditive que Flechsig indique avec le numéro 5. Aussi les lésions de la zone visuelle donnent presque les mêmes résultats exclusivement chez des personnes cultivées. Les lésions très étendues du lobe temporale ne produissent pas de grands troubles intellectuels excepté si la lésion est étendue à la zone auditive du langage. La perte de l'intelligence à la suite des lésions de la grande zone parieto-occipito-temporale est due surtout au fait qu'elle comprend la zone du langage. Tout le monde connait bien que l'intelligence de l'homme bien développé et bien instruit est très intimement liée au langage, et que la perte de ce dernier apporte nécessairement de profonds troubles dé l'intelligence.

6.° Dans la microcéphalie on peut observer la zone occipito-parieto-temporale très développée respectivement aux autres parties du cerveau, tandis que durant la vie on avait observé une complète absence d'association des images avec le plus profond et grave idiotisme.

7.° Il existe une seule zone dont les lésions ne produisent jamais de troubles sensoriels ou moteurs et provoquent au contraire la perte des facultés mentales supérieures, et c'est celle des lobes frontaux. Cette zone est en rapport avec toutes les autres zones du manteau cérébral; elle reçoit les produits des zones sensorielles, et en excite la fonction. Elle n'a pas des fibres de projection. Les recherches expérimentales, les maladies de cette zone, et l'anatomie concourent à demontrer que la zone frontale est le siège de la synthèse «intellective» et émotive de la personnalité. Voilà la seule conclusion légitime.

DIPLEGIE CEREBRALE AVEC SYNDROME DE LITTLE

par Mr. ROMAN PACHECO (Buenos Aires).

Messieurs:

Le cas que je viens présenter à la Section de Neurologie du XIV Congrès de Médecine, est un de ces types de transition qui viennent appuyer les observations faites par Freud, Rayond et Cestan sur l'unite de ces affections spasmo-paralytiques infantiles, qui vont depuis la maladie de Little jusqu'à la diplégie cérébrale spasmodique en passant par la paraplégie spasmodique infantile et l'hémiplégie cerébrale spamodique. On a aussi rattaché à ces affections l'Athétose double et la Chorée congénitale géneralisée.

Ce fait vient infirmer à mon avis, les conclusions de Marie, de Brissaud et de Von Gehuchten qui veulent faire une maladie autonome du syndrome de Little relevant toujours de la même cause, naissance avant terme ou accouchement laborieux.

Voici les faits:

La malade Marie B. de 7 ans, italienne.

Antécédents de famille.—Père et mére sains, aieuls également, je n'ai pu relever aucune tare. Il n'y a eu chez eux, ni syphilis ni alcoolisme. Pas d'avortements chez la mère qui a eu huit enfants tous vivants, dont notre malade, seule de son sexe, est l'avant dernière.

Antécédents personnels.—L'accouchement a eu lieu à terme, il a duré trois heures et l'enfant est venue au monde très facilement sans forceps, ni tractions manuelles, d'aucune espèce.

A huit mois à la suite d'altérations digestives, elle a eu des convulsions qui disparurent peu à peu, grâce à un traitement bromuré.

On n'a commencé à observer la contracture qu'après la première année, peut-être par faute d'observation des parents.

Etat actuel.—La fillette est assez bien développée pour son âge.

Reflexes.—Rotulien et du tendon d'Achille très exagérés. Signe de Babinski très évident. Trépidation épileptoïde. Les reflexes du triceps et biceps au bras sont exagerés. Les cutanés son peut-être un peu diminués.

Membres inférieurs.—Il y a de la rigidité spasmodique et de la contracture. Les cuisses sont un peu serrées l'une contre l'autre, les jambes sont fléchies et l'espace qui les sépare est assez grand. Les ge-

noux sont accolés. Il n'y a pas d'atrophie, ni de pseudo-contractures. Les pieds sont un peu equins varus. Toutefois cet état des membres inférieurs n'est pas très accusé et la contracture est facile à vaincre surtout depuis que nous apliquons le massage méthodique. Nous sommes loin du bloc inèrte que décrit si bien Little.

Marche.—Ne peut pas se soutenir sans point d'appui, ni marcher toute seule. Soutenue sous les aisselles, elle lève très peu les jambes et laisse retomber les pieds sur la pointe.

Membres supérieurs.—Bras appliqués sur le corps, avant-bras fléchis sur le bras, mains et poignets flechis sur l'avant-bras. Ils sont quelques peu rigides et contracturés, quoique les mouvements soient possibles, Légers mouvements athétosiques des deux mains.

Troubles intelectuels.—Intelligence très limitée qui confine à l'idiotie. Ne peut dire que papa et maman. Ne peut dire son nom ne répond qu'au surnom de Nena (notre equivalent de Bébé). Ne répond pas aux observations les plus simples. Pas de gatisme. Pas d'altération des nerfs craniens.

Sourire niais, expression hébétée.

Signes négatifs.—Il n'y a pas d'altération de la sensibilité, ni des troubles de sphincters. Pas de strabisme. Pas de rétractions fibromusculaires. L'excitabilité éléctrique est normale. Il n'y a pas d'atrophies.

***

Si nous examinons notre cas un peu superficiellement nous aurons sans doute un diagnostic de maladie de Little. La maladie est un peu attenué si voux voulez mais tous les éléments y sont. Rigidité et contracture surtout des membres inférieurs. Le malade est impotent au point de sa contracture. Nous pouvons la distinguer de l'hemiplégie double qui est plutôt une paralysie qu'une contracture, qui est plus accentuée aux membres supérieurs et s'accompagne toujours d'atrophie.

Mais l'accouchement n'a pas été laborieux, il a eu lieu à terme. Nous observons en plus des troubles de l'intelligence très marqués et nous observons des mouvements athétosiques et des convulsions. Nous rentrons pleinement dans ce que Marie appele des états tabeto-spasmodiques dus à l'influence de certaines maladies inflammatoires du fœtus ou de l'enfant nouveau-né, qui s'accompagnent de troubles de l'intelligence et d'attaques convulsives.

Pourquoi introduire plus de confusion dans un sujet si plein déjà

de difficultés? Ce nom de spasmodique est donné à cause de sa parenté eloignée avec les tabes spasmodiques d'Ert et de Charcot. Mais notre malade n'a rien de tabetique.

Je préfère l'appeler tout simplement une diplégie cérébrale avec syndrôme de Little, et s'il faut la classer dans quelque part ce sera sans doute dans ces états spasmo-paralytiques de Raymond, qui a bien spécifié le tableau d'ensemble des symptômes que je répète ici.

1° *Accidents infantiles*.—Congénitaux ou dans les premiers temps de la vie.

2° *Troubles moteurs* d'ordre paralytique ou spasmodique.

3° *Distribution* de ce troubles par ordre de fréquence: hémiplégie, diplégie, paraplégie, monoplégie.

4° *Caractères extérieurs*.—Depuis la parésie jusqu'a l'impuissance motrice complète.

La paralysie n'est jamais flasque, toujours associée à de la contracture ou de la rigidité musculaire.

5° *Mouvements associés*.—D'athétose ou choréformes.

6° *Troubles de langage*.—Peuvent manquer. Parole tardive: peut dire seulement certains mots, papa et maman. Quelquefois dysartrie pour certains mots.

7° *Troubles de l'intelligence*.—Peuvent faire défaut ou bien à des degrés extremement variables, depuis un affaiblissement intellectuel très leger jusqu'a l'idiotie complète.

8° *Strabisme*.

9° *Attaques convulsifs* qui précedent la paralysie ou surviennent tardivement. Comme vous le voyez, nous observons chez notre malade tous ces symptômes. Début dans la première année, précédé des convulsions. Troubles moteurs spasmodiques très accentués aux quatre membres avec rigidité, contracture et exagerations des reflexes. Mouvements athétosiques. Troubles de l'intelligence et du langage très marqués qui confinent à l'idiotie. Le seul caractère qui nous manque est le strabisme.

Donc c'est un cas de transition entre la maladie de Little dont il a tous les symtômes moteurs, et les diplégies cérébrales, dont il a les troubles intellectuels et du langage, les convulsions et les mouvements athétosiques.

Discussion.

Dr. SEELIGMULLER (Halle): J'ai publié une observation tout à fait analogue dans le «Zeitschrift fur Psychiatrie zur Lacher etc.» volume spécial du Dr. Riller de Illesan (Baden) «Allemagne.»

Un grand nombre de jeunes filles paysannes viennent chaque année du Nord-Oueste de l'Allemagne dans ma province de Saxe pour faire l'agriculture. L'été était très chaud et l'eau contenait beaucoup de chaux.

C'est pourquoi il y avait une vingtaine de filles attaquées par une affection de l'estomac très opiniâtre, de manière qu'il fallait les retenir toutes dans une salle. Alors une de ces filles qui était affectée par des convulsions hystériques très fréquentes infectionnait toutes les autres de syndromes hystériques. Les filles avaient une hallucination générale: pendant la nuit une d'elles s'éveillat et crut voir une personne entourée d'un manteau noir qui passait par la chambre à coucher. Les autres s'éveillèrent aussi par les grands cris que poussait la première, et prétendaient plus tard avec grande persuasion, qu'elles avaient vu la même apparition.

Il s'agit des syndromes hystériques dont la cause predisposante était cette affection de l'estomac, provoquée par les convulsions hystériques de la première. L'hystérie se trouve très souvent chez les paysans, récruts de l'armée russe.

Dr. SCHULLER (Wien): Dit en opposition à Prof. Seeligmüller que la maladie de Little, si on conserve cette terminaison, n'est pas causée par le traumatisme pendant la naissance; elle se trouve chez des enfants nés avant terme.

L'explication de la prédilection des troubles motricès pour les membres inférieures est donné par Hartmann; se basant sur les études des paralysies pseudo-bulbaires it a constaté cette prédilection dans les troubles bilatéraux du cerveau.

Dr. SEELIGMULLER (Halle): Je prétends que le type de Little est caractérisé par deux phénomènes:

1) Quant à la clinique: contracture fixée des membres inférieurs;

2) Quant à l'anatomie pathologique: affection de l'écorce cérébrale de la région motrice, particulièrement du centre moteur des membres inférieurs.

CONTRIBUTION
A LA PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DE L'ACROMEGALIE

par Mr. A. LORAND (de Carlsbad).

La Glycosurie est un phénomène qu'on rencontre fréquemment au cours de l'Acromégalie. On pourrait le signaler encore plus souvent si on faisait dans chaque cas des recherches minutieuses au moyen de repas d'épreuves. On doit être pénétré de ce fait, qu'il y a beaucoup de cas de diabète léger, dans lesquels une diète mixte ordinaire ne donne, pendant des semaines aucune trace de sucre. Il en est de même chez les acromégaliques, qui sont atteints d'un diabéte léger. Quelques auteurs accusent les altérations de l'hypophyse, qu'on rencontre constamment dans l'acromégalie, d'être la cause de la glycosurie ou diabète des acromégaliques.

La question se pose maintenant de savoir si c'est bien la dégénérescence de l'hypophyse qui amène ce phénomène.

Les recherches de Caselli ne sont pas concluantes à cet égard. En détruisant l'hypophyse, la glycosurie qui s'est produite après n'était jamais considérable. Elle n'excédait dans aucun cas 0.2 °/₀. Or, c'est un fait, que la glycosurie peut suivre très souvent les moindres lésions de l'extrémité céphaliquo. Les tumeurs de l'hypophyse devraient causer la glycosurie selon quelques auteurs de la même façon que les tumeurs du cerveau. Il faut sa rappeler cependant que les tumeurs de l'hypophyse, telles quelles existent dans l'Acromégalie, ne revêtent pas le même caractère que les tumeurs du cerveau. Dans ces cas, ce n'est que le lobe antérieur de l'hypophyse qui est mis en cause. Or, ce lobe épithélial est une glande vasculaire du type de la glande thyréoïde, se rapprochant beaucoup des îlots vasculaires de Langerhans, qui aussi représentent une glande vasculaire avec secrétion interne. Comme Pinele a le premier appelé l'attention sur ce fait, des changements dans une de ces glandes vasculaires amènent aussi des changements dans les autres.

Ainsi, on trouve presque constamment à côté des changements de l'hypophyse aussi des altérations de la glande thyréoïde. A côté des altérations de la thyréoïde, on peut aussi trouver souvent des changements dans le pancréas (îlots vasculaires de Langerhaus, qui sont toujours altérés dans le diabète d'après les dernières recherches de

Opie, Weichselbaum, Hoppe-Seyler etc...) Ce fait explique, que le glycosurie a été souvent observée et le diabète même au cours de la maladie de Basedow, qui représente un état de hyperthyréoïdie. Selon v. Noorden, il existe chez les basedowiens une propension extraordinaire à la glycosurie alimentaire.

Il faut retenir le fait, que la glycosurie alimentaire, constitue un état préliminaire du diabète, Selon H. Strauss, il n'y a qu'une différence de degré entre ces deux états.

L'auteur a établi dans une autre communication à ce Congrès que la glycosurie, ou son plus haut degré, le diabète, peuvent exister dans l'acromégalie. On peut signaler ici la glycosurie presque constamment lorsqu'il existe des symptômes d'une hyperactivité thyréoïdienne (glande thyréoïde augmentée et de consistance molle et hypertrophie de la glande avec quantité abondante de substance colloïde). Caselli a observé aussi une glycosurie plus considérable chez ceux des animaux opérés, chez lesquels existait une augmentation de volume de la glande thyréoïde et aussi de la substance colloïde.

On a observé quelques fois une diminution rapide ou même une disparation brusque d'une glycosurie considérable, sans que le régime ait été changé. Si on examine alors de près, on peut observer que les symptômes d'hyperthyréoïdie ont disparu et parfois sont remplacés par des symptômes plus ou moins prononcés d'un état myxœdemateux. Or, il faut relever ce fait que l'Auteur a établi, la non existence du sucre dans tous les états d'insuffisance thyréoïdienne, myxœdème, états cachectiques, cancer, tuberculose.

Le sucre qui existe dans l'état d'hyperthyréoïdie disparait aussitôt, que l'état opposé (Myxœdème) s'installe.

Si l'onparcourt la littérature publiée sur les nombreux cas d'acromégalie, on pourra remarquer qu'à côté des acromégaliques qui présentent les symptômes d'hyperthyréoïdie (maladie de Basedow), il en existe aussi avec des symtômes plus ou moins prononcés de Myxœdème. L'auteur peut donc avec raison distinguer deux classes principales d'Acromégalie: Acromégalie avec maladie de Basedow et Acromégalie avec Myxœdème. Il existe aussi des formes frustes de même qu'il y a des basedowiens avec des symptômes de Myxœdème et viceversa.

Il convient de se rappeler qu'il y a de nombreux basedowiens qui ne présentent pas tous les symptômes principaux de la maladie de Basedow, qu'il y a des formes frustes, de même qu'il y a des Myxœdèmes frustes, enfin, que dans certaines formes, on rencontre une insuffisance thyréoïdienne. Sur un cas publié par Gibson d'Edimbourg, on peut suivre la transition de l'état d'hyperthyréoïdie (thyréoïde augmen-

tée et sueurs) à l'état d'insuffisance thyréoïdienne (peau très blanche thyréoïde diminuée) après l'usage des extraits thyréoïdiens, peau humide nouveau.

La glycosurie donc n'est présente que quand existent des symptômes d'hyperthyréoïdie (sueurs, amaigrissement, diarrhées, prurites, etc...)

Quand au traitement de l'Acromégelie, il devrait être différent selon ces deux formes principales. Les extraits thyréoïdiens ne seront indiqués que quand il y a des symptômes d'insuffisance thyréoïdienne (peau sêche très pâle, glande thyréoïde diminuée en volume, constipation, perte de cheveux, etc...) Dans cette forme, il n'y a pas de glycosurie.

En administrant les extraits thyréoïdiens, il faut examiner chaque jour l'urine. Aussitôt que les premiers symptômes d'hyperthyréoïdie apparaissent: glycosurie, transpiration abondante, le traitement doit être supprimé. Autrement, on risquerait de produire un diabète. L'auteur a observé un cas semblable, où un diabète grave a été la suite d'un traitement thyréoïdien, alors qu'il n'existait pas de sucre avant le traitement. Le diabète de ce malade ne diffère en rien des autres cas de diabète, sans acromégalie. Ce malade élimine entre 4 °/₀ et 5 °/₀ du sucre avec une grande quantité d'acétone et d'acide acétique. Or, si on supprime le régime carné et qu'on le remplace par un régime végétarien, l'acétone et l'acide acétique diminuent considérablement. Le même phénomène se présente en règle dans tous les cas de diabète grave.

Quant au traitement des formes de l'Acromegalie avec hyperthyréoïdie, le phosphate de soude peut donner de bons résultats. Aussi le traitement anti-thyréoïdien peut donner de bons résultats.

L'Acromégalie peut survenir après différents accidents.

Très souvent après des maladies infectieuses. D'après les recherches de Caselli, ces maladies n'affectent pas l'hypophyse. Par contre Roger et Garnier ont démontré qu'elles produisent en règle, une hyperactivité (hypersecrétion) de la glande thyréoïde, qui peut être suivi par un épuisement de la glande.

L'acromégalie peut aussi survenir après des émotions mentales, (traumatismes avec choc mental, etc...) Ces influences agissent sur les centres nerveux et de là elles se transmettent sur les glandes vasculaires par la voie du sympathique qui gouverne ces glandes. Ainsi une hypersecrétion de la glande thyréoïde peut être produite. Ceci est démontré par le fait généralement admis que la maladie de Basedow (hyperthyréoïdie) est souvent causée par des émotions psychiques.

Même, des cas guéris peuvent avoir une rechute aussitôt après une forte émotion. Il existe ici une analogie avec le diabète qui, d'après l'auteur, est aussi un état d'hyperactivite thyréoïdienne. L'auteur relève le fait que la maladie de Basedow et le diabète peuvent aussi être causés quelquefois par des maladies infectieuses.

D'après toutes ces données, il semble probable que l'Acromégalie est causée par des changements dans la thyréoïde, qui en second lieu peuvent aussi amener des altérations de l'hypophyse. Tous les agents qui produisent une hyperactivité de la glande thyréoïde peuvent amener l'Actromégalie s'ils sont suivis d'altérations de l'hypophyse, ainsi les maladies infectieuses, émotions mentales etc. Aussi l'athyréoïdie (Myxœdème) peut causer l'Acromégalie, si elle est suivie par des changements de l'hypophyse.

Discussion

Mr. MAAS (Berlin): Mes expériences faites en collaboration avec Mr. Friedmann ont donné des résultats différents de ceux de Mr. Caselli et je crois pour cela que les conclusions que Mr. Lorand a tiré des expériences de Caselli ne soient pas admissibles.

Mr. LORAND (Vichy): Il est entendu et je l'ai maintenu aussi que la glycosurie insignifiante chez les chiens de Caselli a été produite par le traumatisme. Dans quelques cas seulement (cas n° 26) la glycosurie était plus considérable, et dans ces cas l'animal a vécu 33 jours et démontrait aussi une légère augmentation de la substance colloïde dans la tyrhéoïde. Il est démontré par Rogowitsch, Scheda, etc. que l'extirpation de la tyrhéoïde est suivie par l'augmentation de l'hypophise. Des autres ont trouve à côté d'une tyrhéoïde dégénérée des dégénérescences de l'hipophise (Coulon, Ponfick.).

Mr. DELEAGE (Vichy): A mon avis M. Lorand fait jouer à la glande tyrhéoïde et à l'exagération de ses fonctions un rôle trop prépondérant dans la pathogénie du diabète. Quelques faits cliniques que j'ai observés et que je vais résumer me paraissent en contradiction avec la théorie du diabète par hypertyrhéoïdie; si les faits physiologiques ont leur valeur, les faits cliniques en ont une au moins aussi considérable. Le premier cas concerne une dame portugaise, agée de 50 ans environ, atteinte de lithiase biliaire et chez qui les grands ennuis avaient déterminé l'apparition du syndrome de Basedow et une glycosurie assez prononcée. Le médecin qui adressa la malade à Vichy (en 1899) lui avait conseillé de prendre de la tyrhéoïdine pendant sa cu-

re, espérant que le traitement alcalin favoriserait la tolérance pour le médicament. Or, la glycosurie disparut complètement sous l'influence du traitement thermal et du traitement tyrhéoïdien combinés en même temps que le foie dormait indolore et moins volumineux. Pourtant l'injection de tyrhéoïdine avait dû augmenter la tyrhéoïde.

Deux autres faits présents à ma mémoire, et à peu près calqués l'un sur l'autre, se rapportent à des diabétiques obèses avec gros foie, et qui pendant leur cure de Vichy, prirent de la tyrhéoïdine. Il se produisit une régression et une diminution du poids corporel, la glycosurie baissa chez l'un de 280 gr. par jour à *0*; chez l'autre, alcoolique devenu diabétique à la suite d'une chute grave de voiture, 3 mois avant son arrivée à Vichy, la glycosurie baissa de 220 gr. par jour à 35 environ.

Ces faits me semblent avoir leur signification et être en contradiction avec les théories de M. Lorand puisque malgré l'augmentation des fonctions de la tyrhéoïde qu'a du déterminer l'administration de la tyrhéoïdine, la glycosurie n'en a pas moins diminué.

Les relations du foie avec le pancréas sont certainement beaucoup plus intimes que les relations de la glande tyrhéoïde et du pancréas; c'est dans les premières qu'il faut chercher l'explication de la glycosurie dans un grand nombre des cas. La dépendance anatomique du foie et du pancréas a été nettement démontrée ces temps derniers par les recherches de plusieurs anatomo-pathatologistes allemands, italiens et français, parmi lesquels Kléppel et Lefas. La dépendance fonctionnelle de ces deux glandes est assurément encore plus intime et plus demontrée; ces faits fournissent un argument important en faveur de l'idée que je soutiens et me semblent expliquer l'action favorable de la cure de Vichy: la plupart des cas du diabète par les modifications qu'elle détermine du côté des fonctions du foie et secondairement du coté du pancréas, ils me semblent prouver que l'on doit attribuer aux relations du pancréas et du foie un rôle beaucoup plus important dans la pathogénie du diabète qu'aux relations de cette glande avec la tyrhéoïde.

Mr. LORAND: Ils existent certainement dans presque tous les cas de diabète des changements dans le pancréas (ilots vasculaires de Langerbaus), qui sont souvent suivies par des changements de la thyréoïde. Les bons résultats dans les cas de mon cher confrère de Vichy, parlent plûtot en faveur de l'action des excellentes eaux de Vichy, que de celle de la médication thyréoïdienne contre le diabète.

CAUSES ET NATURE DE LA PARALYSIE GENERALE

par Mr J. CHAUMIER (de Lyon).

La recherche des causes de la paralysie générale peut paraître banale aujourd'hui après les travaux nombreux qui ont été publiés pendant ces 20 dernières années. Cependant, en face d'une maladie aussi grave, qui tend à devenir de plus en plus fréquente, et frappe à mort l'homme dans la force de l'âge, au seuil de la maturité, cette étude m'a semblé mériter encore d'attirer l'attention des cliniciens. Elle offre, au surplus, un intérêt considérable tant au point de vue de la recherche scientifique pure qu'au point de vue utilitaire, en aidant à diriger un traitement thérapeutique approprié et en indiquant les moyens de la prévenir.

La connaissance des causes de la paralysie générale n'a pas été stérile, elle a éveillé l'attention des médecins et du public sur les dangers de la syphilis et a été l'occasion de tentatives thérapeutiques, tout au moins louables, si elles n'ont pas encore été couronnées de succès.

Telles sont les raisons qui m'ont encouragé à exposer devant le Congrès le résultat de 10 années d'observations.

Je n'ai pas la prétention d'apporter ici la solution du problème; j'ai seulement voulu fournir ma contribution à une étude dèjà riche en documents et partant jeter un nouvel argument dans une discussion qui passionne depuis longtemps le Corps médical tout entier, les syphiligraphes aussi bien que les aliénistes et les neuro-pathologistes. Car le dernier mot n'a pas été dit sur les causes et la nature de la paralysie générale et la question reste pendante entre les partisans du rôle exclusif de la syphilis, ceux plus modérés qui, sans nier l'importance de ce facteur étiologique, contestent sa valeur exclusive et ceux enfin qui considèrent la syphilis comme une cause banale de la démence paralytique.

Quoi qu'il en soit, depuis quelques années la prépondérance étiologique de la syphilis dans la paralysie générale a gagné du terrain et paraît en gagner encore. Jo n'irai pas jusqu'à dire avec les esprits les plus avancés que la paralysie générale est une maladie syphilitique, mais il me paraît impossible pour un esprit non prévenu de ne pas être frappé de la fréquence de ce facteur.

«Il y a un rapport direct entre ces deux termes: connaissance des antécédents et existence de la syphilis. Cette dernière est d'autant

plus fréquente que les premiers sont plus précis et plus complets». Ainsi s'exprimait très justement à propos de l'étiologie de la paralysie générale un aliéniste français des plus distingués, le Docteur Régis. Je me plais d'autant mieux à le reconnaître que j'ai été longtemps sceptique en ce qui concerne les relations de la syphilis et de la paralysie générale. J'ai même commencé cette étude, avec l'idée préconçue que la syphilis ne jouait qu'un rôle secondaire dans l'étiologie de la méningo-encephalite, que mes recherches relativement à la spécificité aboutiraient à des conclusions incertaines, qu'en tout cas je ne trouverais pas plus souvent la vérole que d'autres facteurs étiologiques dans les antécédents des paralytiques généraux.

Mon travail porte sur 242 cas de malades atteints de paralysie générale, que j'ai pu observer, de 1884 à 1903, soit dans ma clientèle privée, soit dans la clientele de 5 Asiles que je visitais comme Inspecteur départemental, soit enfin parmi les malades de la Maison de Santé Champvert que je dirige actuellement. Presque tous mes paralytiques appartiennent à la classe aisée. J'ai cru devoir les répartir de la manière suivante:

242 Malades paralytiques.

Hommes	224	soit	92,55 °/₀
Femmes	18	soit	7,43 °/₀

La proportion des femmes est inférieure à celle qu'on observe habituellement et s'explique par ce fait que les Asiles que je visitais renfermaient une moyenne de 360 hommes pour 260 femmes. Si l'on tient compte de cette différence dans la population de ces établissements, la proportion se trouve ramenée à une femme paralytique pour 10 hommes, chiffre qui se rapproche davantage de la vérité, tout au moins en ce qui concerne la région Lyonnaise.

18 Femmes.

6	Pas de renseignements		soit	33,33 °/₀
		5 certaine		
12	Syphilis.	3 probable		66,66 °/₀
		4 douteuse		

Dans ces *12* cas, la syphilis intervient.

4	Fois comme facteur unique.	soit	33,33 °/₀
8	Fois accompagnée d'autres facteurs.	soit	66,66 °/₀
L'alcool intervient dans 3 cas.		soit	25 °/₀

L'hérédité, le tabès, la dothiénenterie se rencontrent chacun une fois chez trois de ces 12 paralytiques entachées de syphilis.

J'attire l'attention sur ce fait que la syphilis est certaine ou soupçonnée chez toutes les femmes paralytiques dont les antécédents sont connus.

224 Hommes.

45	Pas de renseignements.			20,08 °/₀
		Certaine	100	
128	Syphilis.	Probable	18	57,14 °/₀
		Douteuse	10	
51	Pas de syphilis.			22,45 °/₀

SYPHILIS

Si l'on écarte les 45 malades chez lesquels les renseignements font défaut, il reste 179 paralytiques, chez lesquels la syphilis intervient d'une façon vraisemblable tout au moins.

	128 fois........................		soit	71,44 °/₀
a)	Syphilis seule....................	48	»	26,75 °/₀
b)	Syphilis associée à d'autres facteurs étiologiques.............	80	»	44,69 °/₀

ALCOOLISME

	L'alcoolisme a été retrouvé 87 fois dans les antécédents de ces 179 malades paralytiques			soit	48,6 °/₀
a)	Alcoolisme facteur unique...	32	fois	»	17,31 °/₀
b)	Alcoolisme associé à d'autres facteurs parmi lesquels on compte la syphilis.........	50		»	27,92 °/₀
c)	Alcoolisme avec d'autres facteurs sans syphilis........	5		»	2,79 °/₀

HEHEDITE

L'hérédité se rencontre......	47	fois	soit	26,25 °/₀
Seule.........................	5	»	»	2,79 °/₀
Combinée avec la syphilis et d'autres facteurs..........	40	»	»	22,33 °/₀
Combinée avec des facteurs autres que la syphilis........	2	»	»	1,11 °/₀

TABES

Il se rencontre 3 fois seulement dans mes 179 observations, une fois isolé, une fois associé à la syphilis, une troisième en connexité avec l'hérédité et l'alcoolisme.

TRAUMA

J'ai relevé cette cause 4 fois associée avec la syphilis.

SALURNISME

Un de mes malades alcoolique avéré était entaché de suturnisme.

MALADIES INFECTIEUSES

La fièbre typhoïde et la grippe ont précédé l'éclosion de la méningo-encephalite chez 8 paralytiques tous syphilitiques.

Parmi les 242 malades paralytiques que je viens de répartir, je signalerai deux observations plus particulièrement intéressantes au point de vue étiologique. Dans la première, due à l'obligeance de Mr. le Professeur Gailleton, l'alcoolisme est seul en cause et la syphilis doit être absolument écartée, le malade ayant contracté la vérole alors qu'il était atteint de la paralysie générale à laquelle il succomba. Dans la seconde, qui m'est personnelle, il s'agit d'un homme, également alcoolique, qui devint paralytique général en pleine évolution de la syphilis, quelques mois après l'apparition du chancre et au moment des accidents secondaires.

Chez mes malades, la paralysie générale s'est montrée beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Dans les deux sexes, elle s'est manifestée le plus souvent de 35 à 45 ans, rarement avant 30 ans. C'est chez les habitants des villes et dans la classe aisée que je l'ai rencontrée le plus généralement. Quand je l'ai observée chez des hommes de la campagne, ceux-ci étaient des syphilitiques ou des alcooliques ou les deux en même temps.

Chez les syphilitiques, la paralysie générale se manifeste le plus souvent de 5 à 15 ans après l'infection, assez fréquemment entre la 15e et la 20e année exceptionnellement après vingt ans. Cette dernière exception n'a guère été constatée que chez les malades dont la paralysie a débuté par le tabès; dans un cas semblable la méningo-encephalite est survenue 33 ans après l'apparition du chancre.

Chez mes paralytiques atteints de syphilis, il m'a été impossible de tirer des conclusions de la forme de la syphilis, bénigne ou maligne, et du traitement antérieur. J'ai observé des syphilis très malignes qui ont évolué vers la paralysie générale, de même que plusieurs de mes malades, fort bien traités, n'ont pas pu éviter la méningo-encéphalite.

Deux de mes malades, entre autres, que j'ai suivis depuis l'accident primitif, ont abouti à la paralysie génerale, l'un en passant par le tabès, 12 ans après la contamination, l'autre cinq ans après. Tous les deux avaient été fortement imprégnés de mercure et d'iodure de potassium pendant toute leur vie diathésique.

Enfin le plus grand nombre de mes malades syphilitiques, avérés ou non, ont été soumis à un traitement mercuriel intensif. Je n'ai pas obtenu de résultats appréciables et je ne me crois pas autorisé á mettre sur le compte du traitement hydrargyrique les rémissions observées chez quelques-uns d'entre eux.

Le présent travail, basé sur l'observation de 242 malades paralytiques, contribue à établir les faits suivants:

1.° Les causes les plus communes de la paralysie générale sont par ordre d'importance: la syphilis, l'alcoolisme, l'hérédité, la prépondérance restant incontestablement au premier de ces facteurs.

2.° Le rôle des autres facteurs étiologiques, tabès, paludisme, arthritisme, maladies infectieuses, etc., bien qu'il soit difficilement contestable, semble moins bien défini. Toutefois, les maladies infectieuses, en particulier, m'ont paru dans plusieurs cas avoir influencé l'éclosion de la paralysie générale.

3.° Les facteurs étiologiques même les mieux établis au point de vue scientifique, la syphilis, l'alcoolisme, l'hérédité, le plus souvent n'agissent pas isolément, mais simultanément sur le cerveau pour créer la paralysie générale.

4.° La syphilis dans un grand nombre de cas semble être la cause unique de la paralysie générale.

5.° L'alcoolisme aussi semble, chez un nombre important de malades, être la cause unique de la paralysie générale.

6.° L'hérédité, par contre, intervient rarement seule dans l'étiologie de la paralysie générale.

7.° Si chacun de ces trois facteurs suffit à produire la paralysie générale, chacun d'eux ne paraît pas indispensable.

8.° La syphilis, l'alcool, l'hérédité, n'exercent pas une action spécifique sur ce cerveau, mais une action toxique et pouvant être connexe avec d'autres poisons, tels que le paludisme, l'arthritisme, les maladies infctieuses, etc.

9.° La paralysie générale n'est donc pas une maladie syphilitique, ui une maladie alcoolique, ni une maladie héreditaire. C'est une affection du système nerveux, plus spécialement du cerveau, qui paraît se développer sous l'influence de causes multiples au premier rang desquelles se placent la syphilis et l'alcoolisme. «Ce sont, dit Krafft-

Ebing, des influences débilitantes agissant sur le cerveau, qui présente une faiblesse de résistance, soit congénitale, soit héréditaire, soit acquise; cette faiblesse est dans la plupart des cas acquise par le surmenage intellectuel et physique, par les maladies épuisantes, les excès, la syphilis». Le virus syphilitique et l'alcool s'ajoutent aux poisons qu'engendrent le surmenage, l'arthritisme, les maladies infectieuses, et entraînent une inflammation d'origine toxique qui atteint le *locus minoris resistentiœ* chez les prédisposés par l'hérédité. Sérieux a exprimé heureusement cette conception de la nature toxique de la paralysie générale en disant que la meningo-encéphalite n'était pas une maladie parasyphilitique mais paratoxique.

Discussion.

M. KOETESCHT (Sarajevo): Attire l'attention sur le fait que les cas de paralysie générale sont très rares en Orient malgré la grande propagation de la syphilis. Il eut lui même occasion de verifier ce fait pour un coin des Balkans (sa patrie), la Bosnie- Herzégovine, où il a étudié la question, poussé par l'observation de l'éminent syphilographe, le docteur Glück, que le tabès ne se rencontrait pas dans ces provinces quoique la syphilis y constitua un fléau national, contre lequel un gouvernement éclairé et bienveillant a dû mettre en exécution des mesures *coercitives.*

Comme médecin à l'unique hôpital d'alienés qui existe en Bosnie Herzégovine, il peut affirmer que la plupart des alienés des deux provinces ont passé par son observation et qu'il n'a pu decouvrir parmi a peu prés 1500 malades que cinq cas de paralysie générale parmi les indigènes.

Ce resultat lui semble être une preuve en faveur de ceux qui, dans l'étiologie de la paralysie générale, n'admettent la syphilis que comme causé prédisposante, et que d'autres causes débilitantes pourraient bien jouer dans le développement de la paralysie générale le rôle des causes déterminantes. Parmi celles-ci il ne faudrait peut-être pas négliger celles qui rentrent dans le *struggle for life*, les surménages etc., qui jouent un rôle très restreint dans les conditions sociales des pays, ou l'on rencontre rarement la paralysie.

Mr. MIGUEL BOMBARDA (Lisboa): Où il n'y a pas de syphilis, il n'y a point de paralysie générale. Dans tous les travaux statistiques faits à cet égard, il faut d'abord séparer la pseudo-paralysie générale alcoolique. Il n'y a point de doute que le tableau clinique et les lésions anatomiques ne sont pas identiques. Dans les cas restants il ne faut pas considérer comme des cas négatifs ceux où l'on ne rencontre

pas la syphilis. L'accident primitif de la syphilis est parfois tellement caché que le porteur lui-même n'en sait rien; cela est si sûr chez la femme qu'on est arrivé, dans ce Congrès lui-même, dans la section de syphiligraphie, à soutenir que la syphilis peut commencer par les accidents secondaires; une ulcération indolente, cachée dans un repli du vagin, peut suivre son cours entier sans que la malade le sache, de même pour l'homme, bien que moins souvent.

D'autre part, les malades nient souvent le chancre primitif, malgré qu'ils sachent bien ce qui leur est arrivé à cet égard. Pour moi, il n'y a point de paralysie générale sans qu'il y ait syphilis.

Les impressions cliniques sont très affirmatives. Il n'y a pas longtemps, pour des démonstrations de cours, j'ai cherché à séparer dans mon hôpital les paralytiques porteurs de stigmatisation, syphilitiques de ceux n'en portant pas de traces. En bien, il n'y en avait aucun où je n'aie trouvé des stigmates. C'est un fait fortuit, c'est sûr, mais très suggestif. Une malade que j'ai traitée présentait comme modalité psychique un cachet très net de paralysie générale; peu stigmates somatiques de cette maladie et point de stigmatisation syphilitique. C'était très difficile pour moi de porter le diagnostic, parce-que la malade vivait dans de telles conditions d'aisance, de moralité et de résidence (campagne) que c'était difficile et un peu blessant de soupçonner la syphilis... En bien, c'était une syphilitique! La vérification du fait, au moyen du médecin habituel, à été faite pleine et entière.

Mr. PIERRE PREGOWSKI (Cracovie): In dem Nissl'schem Laboratorium stellen wir die anatomische Diagnose der Paralysis progressiva auf grund der Konstatierung in der Hirnrinde : 1) der Marschalko'schen Zellen 2) und der s. g. Wurstförmigen Gebilde, derer Ursprung ünbekannt ist.

Mr. MAGALHAES LEMOS (Porto): Au sujet de l'excellente communication que M. Chaumier vient de faire sur les *les conditions étiologiques de la paralysie générale*, je désire présenter quelques remarques.

Pendant presque deux ans que j'ai eu le bonheur de passer dans le service de M. Magnan (1883-1885), j'ai pu constater assez souvent l'alcoolisme dans les antécédents des paralytiques. On aussi remarqué à Paris l'accroissement parallèle de la paralysie générale et du délire alcoolique. C'est pour cela que mon maître Magnan fait jouer à l'intoxication alcoolique un rôle important dans l'étiologie de la paralysie génénerale. De retour à Porto avec cette notion, j'ai constaté avec surprise que la paralysie générale était excessivement fréquente chez nous (au moins aussi fréquente qu'à Paris) et que l'alcolisme était excessi-

vement rare. Ce fait incontestable, qui est en opposition flagrante avec ce que j'avais appris, m'a beaucoup frappé. En effet, si l'alcoolisme peut être incriminé comme cause de la paralysie générale à Paris, il ne peut pas expliquer la fréquence extrême, de cette maladie chez nous.

Qu'est ce qui produit donc la paralysie générale chez nous? Est-ce la syphilis?

Les médecins des pays scandinaves ont dit en 1884, au Congrès de Copenhague, que l'individu, qui n'a pas été syphilitique, ne sera jamais paralytique. L'autre jour M. le prof. Bombarda a répété ici la même chose; notre honorable collègue affirma que tous les paralytiques étaient syphilitiques.

Pour ma part, je tiens à relever cette assertion parce qu'elle dépasse, à mon avis, les limites de l'observation clinique.

Certes, je constate tous le jours que la grande majorité des paralytiques sont syphilitiques, et en conséquence j'admets que la syphilis est la cause la plus fréquente de la paralysie générale. Mais à côté des cas certains, de ces cas dans lesquels on peut affirmer avec certitude l'existence de la syphilis, nous avons les cas douteux, de renseignements insuffisants, etc., qui ne peuvent pas être invoqués dans cette discussion; et nous avons encore les cas négatifs qu'on ne peut pas négliger sous pretexte de sa proportion minime—et pour ma part j'en connais quelques-uns. J'ai observé tout particulièrement avec mon collègue Mattos une jeune femme, agée de 20 ans, qui était atteinte de paralysie générale et que nous avons montrée à M. le prof. Brissaud à l'occasion de son passage à Porto. Eh bien, non seulement l'examen le plus attentif n'a pas dévoilé de traces de syphilis, mais les renseignements que je me suis donné la peine de chercher d'un côté et d'autre—et qui me semblent des plus complets qu'on puisse souhaiter—ont été absolument négatifs.

Je garde en conséquence la conviction—et elle est inébranlable—que cette malade n'avait pas de syphilis ni acquise ni héréditaire.

Je ne saurais donc pas admettre que tous les paralytiques sont syphilitiques. Non. J'accepte une opinion éclectique qui est plus en rapport avec ce que j'ai observé. Je pense que la paralysie générale peut se developper, chez les individus prédisposés, sous l'influence de causes déterminantes diverses—surtout infectieuses et toxiques—au premier plan desquelles se place la syphilis, l'alcoolisme, et le traumatisme.

Mr. TRIPELS-DENTZKOF (Madrid): Fait remarquer qu'il a ob-

servé que dans les cas où la syphilis est en doute on devrait examiner le fond de l'œil à l'ophtalmoscope car on y voit très nettement la lésion syphilitique; ce qui est important afin que l'on puisse arriver à connaître de la paralysie générale la nature étiologique.

M. FRENKEL (Heiden): Le récit très intéressant du Prof. Brissaud me donne l'explication d'un fait, observé dans la clientèle des tabétiques. J'en vois plusiers centaines par an, dont 10 à 20 médecins.

Depuis longtemps je suis étonné de trouver parmi les médecins 15 à 20 por 100 des syphilitiques, parmi les autres 80 à 90 por 100. Je suis convaincu que les medecins se cachent plus avec leur infection que les clients. Pourquoi? Probablement parce que, connaissant le traitement ils trouvent inutile de se compromettre.

M. FRIEDEL PICK (Prague): Rapporte le cas d'un médecin mort de paralysie qui niait toujours la syphilis. Quelque temps après son frère cadet mourut d'un tabès et celui-la racontait, que lui et son frère ont acquis la syphilis le même jour et au même lieu. Ce fait me semble important aussi dans cette vue que des deux frères, qui ont acquis la syphilis le même jour, l'un, écrivain, devient paralytique l'autre, simple employé de ports, devient tabétique, un fait qui démontre l'influence du surmenage intellectuel.

HIGRÓSCOPICIDAD ATMÓSFERICA Y PARALISIS GENERAL

por el Dr. VICENTE OTS Y ESQUERDO (Madrid)

Durante los primeros quince años de mi profesión ejercidos en Madrid, he comprobado en todo momento la clásica evolución lenta y progresiva de la parálisis general, que invierte, por término medio, dos ó tres años en su trayectoría clínica, desde la iniciación de las primeras manifestaciones fonéticas ó megalomaniacas hasta el marasmo trófico de la demencia paralítica. También pude observar entonces no raras remisiones incompletas más ó menos duraderas, acaecidas algunas después del dominio del estreptococo ó estafilococo piógenos en un territorio órganico, según indicó Baldlarger á mediados del pasado siglo.

En 1900 fuí nombrado Médico director del Manicomio provincial de Vizcaya y durante los tres años, aproximados, que he permanecido en aquella industriosa provincia no ha podido por menos de sorpren-

derme la marcha agudísima seguida por cuantos paralíticos generales he observado y tratado allí, á pesar de someterles al triple tratamiento antiflogístico, antidegenerativo y patogenético de Mairet.

Cinco de los 20 paralíticos vistos ó tratados por mí fueron diagnosticados en el período prodrómico de la parálisis general; cuando el síndrome somático y mental aparecía tan velado, que difícilmente habría apreciado este diagnóstico un médico no versado en medicina mental, y á pesar de prescribirles el completo tratamiento de Mairet todos ellos murieron en el marasmo trófico de la demencia paralítica antes de los seis meses de iniciada la enfermedad.

Hay que apuntar el dato significativo de que los paralíticos observados en Madrid fueron sometidos á un tratamiento incompleto ó nulo.

Tratando de indagar la causa de semejante brevedad cíclica de la parálisis en Vizcaya no he encontrado otra que su habitual mayor coeficiente de higrospicidad atmosférica, porque la temperatura es allí más uniforme y moderada que aquí y la alimentación casi idéntica. En dicha comarca el psicrómetro marca por término medio un 70 por 100 de humedad atmosférica, efecto de la evaporación marítima y de sus frecuentes *sirimiri*, que mantienen hidratadas sus frondosas montañas; mientras que en Madrid, si se exceptuan los días de sus raras lluvias y las escasas nieblas de invierno, el grado del psicrómetro oscila entre 30 y 40 por 100.

¿Cómo la mayor humedad atmosférica determina una minoración importante en el curso de la parálisis general? En mi opinión el fenómeno es fácilmente explicable dentro de las leyes fisio-patológicas de nuestro organismo.

Es conocido por fisiología que uno de los elementos excrementicios originado en la intimidad del metabolismo y catabolismo orgánico es el vapor de agua expelido constantemente por la amplia superficie de de los alvéolos pulmonares y la envoltura epidérmica, y nos dice la toxicología experimental que este vapor de agua no es solo un compuesto de oxígeno é hidrógeno, como el generado en la marmita ó caldera de vapor, sino que contiene además un alcaloide leucomaínico eminentemente tóxico, según demostraron las clásicas experiencias de Brown-Séquard y Ansorval expuestas en la *Société de Biologie* de París. La climatología nos enseña que nuestro organismo sufre una etxraordinaria pérdida de calor en las atmósferas húmedas, efecto de la mayor conductibilidad del aire. La patología tropical nos indíca que cuando el organismo sucumbe en lucha desigual ante un ambiente saturado de humedad, á medida que la tasa de vapor de agua intraorgá-

nico va aumentando, por repelerlo la atmósfera, las fibras musculares que circundan á los endotélios van dilatándose y originando profusas congestiones en todos los órganos de las cavidades esplácnicas.

Sentadas estas tres premisas, parece deducirse de ellas que las leucomainas del vapor de agua intraorgánico ejercen una acción eléctrica sobre los nervios vaso-motores ó las túnicas musculares de los vasos sanguíneos, determinando su dilatación y las congestiones consiguientes.

Aceptada esta explicación, que en mi opinión no han de tardar en confirmar la química biológica y la experimentación, tendremos razonada y justificada la más corta duración de la parálisis general en atmósferas húmedas, porque con arreglo á ella y en virtud de la obligada congestión encefálica que la acompaña, existirá una mayor agudeza del proceso flegmásico y consiguientemente una rapidez acentuada en la evolución degenerativa del neurona cerebral, que por fuerza ha de abreviar de un modo extraordinario el recorrido clínico de la locura paralítica, máxime si se tiene en cuenta que la resistencia orgánica ha de estar visiblemente aminorada por el desperdicio enorme de calórico, sufrido por el organismo.

A mi modo de ver, sólo el mayor grado higroscópico atmosférico explica el dualismo evolutivo de la parálisis por mí observado. De todas maneras los sabios alienistas extranjeros que han venido aquí á honrarnos y los no menos ilustres compatriotas aquí congregados me dirán si es admisible ó rechazable el razonamiento patogénico que he tenido el honor de exponer á esta Sección del Congreso Médico Internacional.

LES REVES DES PARALYTIQUES GENERAUX

par MM. N. VASCHIDE et CL. VURPAS (de Paris).

I

Il nous a paru intétessant d'étudier l'état de subconscience des paralytiques généraux par l'étude du mécanisme et de la psychologie de cette vie mentale particulière qui est le rêve.

La paralysie générale présentant des lésions anatomiques généralement assez bien définies, il semble qu'elle constitue le trouble psychopathique de plus propre à éclairer le problème des rapports du physique et du moral.

La question se pose ainsi: les paralytiques généraux rêvent-ils

d'une manière particulière ou revent-ils comme les autres malades?; en d'autres termes, les paralytiques généraux ont-ils des rêves spéciaux liés à la symptomatologie clinique de leur affection?

Nous voulous ici préciser le résultat de nos recherches et observations, que nous croyons originales; à notre connaissance, aucun travail n'ayant été fait sur ce sujet.

Noos avons observé pendant plus de trois ans quatre paralytiques générales a la mort desquelles nous avons pu assister et chez lesquelles pendant tout le cours de la maladie l'état mental a été examiné et observé méthodiquement.

Ces quatres malades ont parcouru les diverses phases de la maladie à l'exception de la période prodromique qui évolue presque toujours avant l'entreé du malade à l'asile.

Les autres phases auxquelles nous avons assisté, sont les étapes classiques qu'avec Mr. Régis (1) nous pouvons diviser en trois périodes.

En dehors de ces quatre cas, nous avons eu à maintes reprises l'occasion de faire des observations isolées sur un certain nombre de malades hommes, et femmes (douze environ).

Voici la méthode généralement suivie. Tantôt nous demandions au sujet des reuseignements précis de son semmeil et la nature de ses rêves, tantôt nous suivions nous mêmes toute une nuit la physionomie et les gestes et attitudes pendant le sommeil, tantôt nous réveillons brusquement le malade endormi, et nous l'interrogions sur es rêves actuels. Nous n'avons toujours comme document positif que les faits et renseignements qui nous ont paru très clairs et très nets et nous avons soigneusement éliminé les cas douteux ou ceux qui auraient pu prêter à interprétation douteuse.

Lorsque l'on réveille les sujets brusquement par des excitations sensorielles déterminnées (excitation de l'ouïe ou du tact) on remarque toujours une attitude traduisant assez exactement l'état mental qui précède le réveil.

Nous avons vérifié toutes les fois qu'il nous a été possible l'étude de la mimique des sujets pendant leur sommeil et pendant la période qui précédait le réveil brusque et expérimental par les souvenirs qui ils conservaient de leurs rêves.

Il faut tenir compte comme dans toutes recherches sur les rêves de l'intuition expérimentale de l'observateur dont le coefficient est difficile à préciser, mais le clinicien comprendra facilement de même que

(1) *Regis*. Nouvel pratique de médecine mentale. Paris. Doin 1885, p. p. 611 p. 310-317.

le psycholoque la valeur des impressions synthétiques données par un grand nombre d'observations sans doute précises mais délicates à saisir.

Nos recherches sont surtout basées sur des faits et dans nos considérations, le rôle de l'interprétation a été réduit à son minimum.

Outre le nombre des observations et expériences, les faits confirment par eux mêmes le sens et la valeur de l'interprétation.

II

Nos observations et recherches nous conduisent aux considérations suivantes.

Il semble y avoir tout d'abord un rapport intime d'une part entre la nature et l'intensité des rêves et de l'autre la période de la paralysie générale. L'aspect et la texture des rêves sont tout autres dans la première période que dans la phase de cachexie; dans la première les éléments du rêve sont éclairés par des lueurs de conscience vives et bien nettes qui chevauchent dans la mentalité du sujet, tandis que dans la période terminale toute conscience semble avoir disparu, et les malades à propremet parler ne rêvent pas.

Pendant la première période, il semble y avoir une continuité manifeste dans la vie de la veille et celle du sommeil. Les préocupations du sujet, ses craintes, ses désirs, son délire de la veille vivent et persistent encore dans le sommeil; ils peuplent et agitent sa mentalité pendant ses rêves. Le sujet garde dans son rêve une lucidité particulière, il vit comme dans une hallucination et il se rend difficilement compte du moment de son réveil et de son assoupissement: c'est là un point d'une importance générale en psychopathologie. Car une grande partie des éléments, qui alimentent l'analyse mentale des sujets est fournie par la foule vertigineuse des hallucinations hypnogogiques ou oniriques, dont la tournure et l'orientation décident presque toujours de l'état d'esprit et de l'humeur des sujets. Dans cette période, le rêve marche à peu près parallèlement à l'automatisme organique agité et secoué par un un état inflammatoire du système nerveux particulier, qui trouble la sphère sensitivo-motrice et provoque chez le sujet un état spécial, qui ne lui permet pas de distinguer une sensation d'une hallucination.

La physionomie des rêves dans cette phase est vraiment particulière, à tel point que nous croyons presque pouvoir dire que pour un observateur habitué, cet état mental onirique spécial des paralytiques généraux pourrait faire soupçonner la nature de l'affection.

L'assoupissement persiste longtemps, l'effort volontaire reste pour ainsi dire paralysé comme dans le sommeil pendant que se déroule un défilé d'images disparates qui s'entrechoquent, essayent de se polariser quelques instants autour d'une sensation spéciale font, place à des absences de durée variable et se résolvent dans un système délirant qui va toujours s'accentuant jusqu'à ce qu'il provoque le réveil du sujet.

Si l'on désigne par délire la tendance des images à se paraliser à chaque instant autour d'une systématisation encore indéfinie qui s'anéantit brusquement dans une excitation motrice pour être remplacée par un autre système disparate et instable, on peut dire que le paralytique général à la première période ne fait que délirer dans son rêve (ce qui n'a lieu dans aucun autre cas psychopathique ni dans la vie normale.

Il se distingue du délire de rêve, qu'on serait tenté de retrouver dans certains troubles psychopathiques délirants par ce fait qu'il n'a aucune systématisation et qu'il représente la simple efflorescence de l'automatisme sensible irrité et privé de puissance inhibitrice.

Ajoutons encore qu'à cette phase les images du rêve sont toujours hallucinatoires; l'intensité en est parfois éblouissante et désorientante.

Les analyses et les lettres qui nous ont été remises par les malades nous fournissent des détails très curieux sur cette reviviscence des images et sur l'efflorescence d'une activité privée de tout frein et de tout contrôle psychiques.

Dans la seconde période, ou période d'état de la paralysie générale, on remarque que les rêves ont perdu de leur richesse en image, la trame en est pauvre: les systématisations d'images en sont lentes, passagères, tout est désorienté; à peine y-a-t-il quelques images qui brillent isolément et la broderie onirique est distincte de l'automatisme organique, qui parait avoir trouvé une voie nouvelle d'épanouissement, malgré les troubles qui l'assaillent.

Enfin à la troisième phase, ou période terminale, ou peut dire que les paralytiques ne rêvent pas, si l'interprétation et le critérium qui nous ont guidés dans nos recherches sont exacts. Les muscles de la figure n'ébauchent et n'esquissent aucun mouvement traduisant une mimique quelconque; même pendant la nuit, les malades gardent le masque de la journée aux expressions figées, grimaçantes et toujours les mêmes.

Si l'on dressait une courbe de la nature des images oniriques, qui précédent et accompagnent les rêves des paralytiques généraux, on

trouverait d'abord une confusion énorme des images mentales et dans leur liens logiques; on les verrait chevaucher sur un terrain instable à topographie mobile et variable selon les différents centres, qui entrent en jeu; cette courbe descendrait ensuite à une étape où l'automatisme organique s'adapte ou paraît s'adapter aux nouveaux troubles qui l'assiègent. Enfin le dernier degrè représenterait la mentalité typique de la décheance psycho-organique, essentiellement pauvre d'images, de sensations absolument incapables non seulement d'associer les images, mais même de les percevoir, signe véritablement caractéristique de cette dernière étape organique.

Toutes nos observations sont sujettes sans doute à de nombreuses critiques, mais nous avons voulu poser le problème aussi clairement que possible dans l'espoir que d'autres investigateurs mieux, armés que nous comme technique et méthode de recherches, pourraient nous apporter des renseignements plus rigoureux sur ce que nous avons voulu préciser dans ce travail.

Disons pour finir que la nature des images, leur évolution et tous les processus qui caractérisent les rêves sont en rapport direct du coefficient individuel des sujets, c'est-à dire du terrain sur lequel évoluent les troubles psychopathiques.

RAPPORTS DES NEVROSES ET DE LA PARALYSIE GENERALE

par **Mr. MARIE** (Paris).

La question des rapports des névroses et de la paralysie générale touche aux délicats problèmes de la nature même du névrosisme et de son mécanisme physiopathologique. En même temps, elle soulève la question du terrain dégénératif sur lequel peut germer la méningo-encéphalite diffuse; par ce dernier côté, la nature même de cette dernière, les causes de sa progression en nombre, ses altérations primitives et ses facteurs étiologiques héréditaires ou personnels se trouvent en cause également.

Historique.—Ainsi que je le rappelais à propos d'une précédente communication sur l'hystérie dans la paralysie générale, les premières observations de névropathie coïncidant avec la méningo-encéphalite parurent exceptionnelles.

M. Régis en 1882, M. M. Rey et Charpentier en 1886 et 1890,

les regardaient comme des curiosités rares ainsi que Liebouchine (Sté. Neurologique de Moscou 1899), à l'étranger.

Il semble même qu'au début on ait eu tendance à soutenir pour l'hystérie ce qu'on a renoncé à soutenir pour les suppurations et la tuberculose que l'on supposait pouvoir enrayer la marche de la paralysie générale par une sorte d'incompatibilité entre les deux processus.

Cependant, si on considère les névroses diverses au lieu de s'en tenir à une seule, on remarque de suite que les cas sont plus fréquents qu'ils ne paraissaient tout d'abord de paralysie générale associée à ces névroses.

C'est peut-être aussi parce que nous voyons rarement, à l'Asile, les malades à une phase assez précoce de leur maladie.

Ils nous viennent généralement après cette période de concomettance de la névrose et la paralysie générale naissante.

La plus souvent la paralysie générale confirmée efface tout rappel de la névrose antérieurement existante ou latente, et le malade entrant, n'en présente plus trace; la phase destructive est trop avancée; le malade paralytique entre, alors que l'affection a parcouru déjà les longues étapes de la dynamie fonctionnelle.

Autrefois, considérée comme surmenage causal, cette phase, mieux appréciée, peut être souvent considérée comme l'effet précoce de lésions ignorées dans leur nature, qu'on peut, faute de mieux, appeler les lésions préparalytiques, réparables peut être, alors qu'on les ignore encore.

A vrai dire, les névroses ne sont pas toujours effacées totalement à la phase de paralysie générale confirmée; dans le cas de rémission, ou même de demi-rémission, on peut voir reparaître des signes de nevrose plus ou moins nets, qui s'effacent ensuite à nouveau si une rechute arrive; nous avons signalé une réapparition de la chorée dans un cas de ce genre.

D'autres fois, au lieu de ces alternatives, on voit les signes de névrose s'atténuer progressivement à mesure que s'accentue la déchéance paralytique.

Telle est la malade dont M. le Professeur Joffroy a bien voulu nous communiquer le cas cité plus loin.

Cette observation diffère de celle de Règis et Charpentier, pour qui la névrose enrayerait la méningo-encéphalite dans une certaine mesure et en modifie l'évolution; elle se rapproche, au contraire, des cas de femmes à la fois paralytiques et hystériques observés par M. Rey, où la marche de la méningo-encéphalite ne parut pas modifiée.

Les deux cas tout récents communiqués par MM. Vigouroux et Juquelier appartiennent aux deux types; l'un la névrose cède manifestement le pas à l'affection organique, alors que dans l'autre il y a coexistence pendant un certain temps.

Arrêtons nous un moment à la prèmiere en date de ces observations, celle de M. Regis. Considérée comme cas de paralysie générale, cette observation présente plusieurs particularités qu'il est permis de qualifier d'exceptionnelles. Les principales de ces particularités sont les suivantes:

1.° Au point de vue symptomatique, l'existence: *a*), d'un tremblement nerveux, qui à certains moments venait s'ajouter au tremblement paralytique et augmentait ainsi d'une façon notable l'embarras de la prononciation; *b*, d'attaques convulsives hystériques qui sont survenues à plusieurs reprises et sous forme d'accès; *c*, d'un délire étrange, coloré, changeant, qui accompagnait les attaques; *d*, de phénomènes d'extase; *e*, d'hallucinations surtout visuelles, imagées, mobiles et variables à l'infini; *f*, enfin, la substitution au caractère habituellement expansif ou indifférent des paralytiques, du caractère fantasque et bizarre des névropathes.

2.° Au point de vue de la marche, l'allure rémittente, capricieuse, mouvementée de la maladie, si différente de l'évolution graduellement progressive de la paralysie générale, et qui s'est traduite par la succession tantôt singulière, tantôt désordonnée de périodes d'agitations, de calme et de dépression.

3.° Au point de vue de la durée; l'arrêt du processus morbide si complet et si prolongé, qu'au bout de deux ans, c'est-à-dire après un temps plus considérable qu'il n'eut fallu pour emporter un paralytique ordinaire ou le plonger tout au moins dans la démence la plus profonde, le malade fait preuve d'une conservation presque absolue de l'intelligence et de la mémoire, et que sa mort ne laisse constater que les lésions de la paralysie générale au début, ce qui permet de supposer que sans l'intervention si inopinée de l'affection intercurrente, une fièvre typhoïde, elle se fut prolongée encore pendant plusieurs années (1).

Il semblerait, dit Huchard, en s'appuyant sur ce fait, exister en certains cas une sorte d'*antagonisme* entre l'hystérie et les maladies organiques du système nerveux, l'hystérie jouant alors le rôle d'*affection dérivative*, en ce sens les nombreuses manifestations qui la cons-

(1) *Gazette Médicale de Paris.*—Janvier 1882, Ch. Charriére thèse, Paris. Mars 1882.

tituent agiraient sur ces maladies organiques par une sorte de *dérivation* pour en retarder la marche et en arrêter l'évolution.

II. Y a-t-il antagonisme entre des névroses et la Paralysie Générale?

Les affections organiques du système nerveux chez les hystériques peuvent-elles être influencées par la névrose dans leur marche ou dans leurs évolutions, au point qu'elle puissent être méconnues? Une observation rapportée par M. Maurice Raynaud (1) semblerait l'indiquer, les symptômes attribués pendant la vie à la seule névrose devaient être vraisemblablement rattachés à l'existence d'une méningite spino-bulbaire intercurrente constatée à l'autopsie.

Axenfeld et Huchard ont vu un *tabes dorsalis* qui avait eté méconnu chez une hystérique, et dont les accidents avaient été pour ainsi dire obscurcis par la prédominance des troubles névrosiques.

Ball, en 1833, établissait aussi une opposition nette entre la paralysie générale et les folies proprement dites «qu'elle n'engendre pas, et dont elle ne saurait naître, dit-il. Elle naît des maladies cérebrales et manifeste son hérédité par des tendances congestives.»

(Encéphale 7-8 et Dom. Santon, 1883, p. 39. Thèse sur l'Hérédité morbide vésanique et paralysie générale.)

Par analogie avec les psychoses, Régis transpose cette thèse dans le domaine des névroses, et soutient la théorie de «l'antipathie profonde entre les tempéraments nerveux et la paralysie générale.»

Celle-ci ne se développerait presque jamais chez les hystériques, «lorsque par exception cela s'observe, on voit une lutte permanente entre la névrose et la paralysie générale qui prend de ce fait une physionomie et une allure tout à fait spéciale». (La paralysie générale chez la femme. France médicale, T. II. 1882,)

Il est bien évident que, dès qu'un élément surajouté se mèle à la paralysie générale, il en résulte un tableau clinique particulier qui peut prêter à erreur et embarras comme dans tous les cas de maladies différentes combinées, mais l'évolution de la maladie paralytique estelle réellement enrayée? Nous n'oserions le dire. Les observations nouvelles qu'l'on a relevées depuis 1882 sont loin d'être toutes confirmation de la première façon de voir; si on considère les névroses en général associées à la méningo-encéphalite, on voit qu'il y a peut-être au moins autant de cas de ce genre où la paralysie générale évolue normalement, qu'il y en a où elle prend une allure remittente et plus ou moins retardée.

(1) M. Raynaud (Soc. méd. des Hôspiteux, Paris, 1881.

Ces derniers cas de paralysie générale à rémission sont d'ailleurs beaucoup plus fréquents que l'opinion courante ne l'enseigne, je n'en veux pour preuve que le travail de M. Vallon sur les rémissions dans la paralysie générale (1), et les preuves abondent aujourd'hui de la ccexistence possible de la paralysie générale classique non rémittente avec les troubles mentaux dégénératifs ou autres, en même temps qu' avec les névroses.

Une objection qui a été faite, doit tout d'abord nous arrêter un instant.

On a dit que l'opinion d'Esquirol et Marié concernant l'intellectualité prédominante des malades atteints de paralysie génerale, pourait être juste de leur temps, et que les coexistences contemporaines de paralysie générale avec la dégénérescence mentale, le nervosisme, l'imbécillité, etc., pouvaient tenir à ce que la paralysie générale s'étend à des catégories nouvelles en augmentant de fréquence. Les observateurs modernes semblent en effet d'accord sur le fait que le nombre des paralysies générales augmente et que leur âge moyen de début diminue à mesure que la progression augmente, elle atteindrait donc un plus grand nombre d'individus et les frapperait plus tôt. (Thèse Grain. P. G. à début précoce. Paris, 1887.)

De la sorte, on s'expliquerait ces cas autrefois exceptionnels de paralysie générale chez des dégénérés et des névrosés, et par suite les coexistences de névrose et paralysie générale antérieurement inconnues dans la science.

Arnaud, dans la première partie de sa thèse examine, cette objection, et y répond, je crois, victorieusement, en montrant que Bayle lui-même, en découvrant la paralysie générale, ne lui accordait nullement un tel caractère d'intellectualité.

Ce qui semble avoir donné naissance à la légende, c'est que Charenton fut l'établissement d'où partirent les premiers travaux sur le sujet au début.

Etant donné les milieux sociaux où se recrutaient ces malades, on atribua à ce milieu relativement élévé une plus grande part à l'apport en paralysie générale.

L'erreur se perpétua grâce à la plus grande proportion de paralysies générales dans les maisons de santé payantes, alors qu'à l'Asile public, l'effectif se complique de débiles et séniles, que les classes aisées gardent à domicile sans les interner; de là, proportion plus grande en apparence à ne considérer que la maison de santé privée.

Quoiqu'il en soit, à une époque qui n'est pas encore fort ancienne,

(1) Pseudo-paralysies générales, par Vallon. (Masson, 1894.)

on avait donc coutume de dire que la paralysie générale ne frappe que les sommets (Lasègne), voulant ainsi dire que la méningo-encéphalite demanderait pour éclore un terrain cérébral bien développé et relativement cultivé. Ce qui semble incontestable, du moins, c'est qu'un développement trop marqué de l'activité cérébrale prédispose à l'éclosion de la paralysie générale. Si l'on en juge, pour ne citer qu'un exemple, par certaines races, comme l'arabe, qui, bien que syphilitique, ne devient paralytique général que s'il est soumis aux conditions d'existence snrmenée des milieux européens.

Dans le même ordre d'idées, on lit dans des traités récents que la paralysie générale est la démence de l'homme adulte parvenu à la maturité physique et psychique; tandis que l'idiotie est la démence du jeune être non developpé, la démence sénile étant la déehéance correspondante à la regression finale.

Quoiqu'il en soit, des observations décisives ont tout d'abord établi la fréquence de la paralysie générale chez les débiles mentaux, voir même des imbéciles (Thèse Arnaud 1888), puis les stigmates psychiques de dégénérescence établis par M. Magnan, furent à leur tour notés chez des paralytiques généraux en voie d'évolution.

On apporte maintenant des observations de paralysie générale juvéniles et même infantiles qui préparent une suite d'intermédiaires entre l'idiotie et la paralysie générale proprement dite.

L'ancienne distinction de Baillarger, entre la folie paralytique et la démence, se confirme par l'observation de psychoses dégénératrices coïncidant avec la paralysie générale, et voilà qu'avec ces débiles et dégénérés nous voyons le syndrome paralytique s'associer cliniquement à des symptômes de névroses diverses, monnaie de dégénérescence elles-mêmes si on peut ainsi dire.

En effet, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la neurasthenie ont été ainsi relevées, comme pouvant se juxtaposer à la paralysie générale; d'autre part, les tics, spasmes, contracteurs et crises diverses, les migraines ophtalmiques, les anesthésies, dysesthésies, l'athétose, la tétanie, l'écholalie, la grossesse fantôme, les syndrômes de Graves et Parkinson, l'astasie abasive, le dermographisme, l'hémirougeur, l'hyprose, la catalepsie ont été notés chez des paralytiques. Sans vouloir faire une étude bibliographique minutieuse des documents que j'ai pu recueillir, il me paraît ressortir néanmoins certains points qui peuvent guider dans le classement des faits nombreux et parfois disparates que fournit l'étude des rapports des névroses et des affections organiques du cerveau, en particulier la paralysie générale.

Car, au risque de m'exposer à paraître sortir de la question posée,

imj cru pouvoir étendre mes recherches aux scléroses cérébrales et 'aédullaires autres que la paralysie générale, pensant pouvoir en tirer argument par analogie lorsqu'elles se trouvent associées aux névroses.

III. *Etude clinique.*

§ I. Pendant une période on trouve des observations éparses de syndromes hystériques simulant des maladies organiques du système nerveux, paralysie générale comprise.

A cette époque, la névrose est la grande simulatrice qu'on s'attache à démasquer comme seule en cause, jusqu'ici pas de mélange, pas de coïncidence à proprement parler, pas de juxtaposition d'éléments différents, la névrose suffit á tout expliquer, les affections organiques diverses qu'elle simule sont éliminées par un diagnostic parfois laborieux.

De 1882 à 1886 surviennent les observations de Régis, Charpentier, Rey, auxquelles il convient d'aujouter celle de M. le Professeur Joffroy, présentée dans ses leçons à la Salpétrière. C'est une paralytique à antécédants alcooliques et probablement aussi spécifiques, elle entre comme hystérique à grandes attaques typiques à la Salpétrière.

Là, le diagnostique est complété par celui de paralysie générale caractérisée par l'affaiblissement des facultés, l'embarras de la parole et bientôt l'inégalité pupillaire avec idées de grandeur. (Elle attend la croix d'honneur de Mac-Mahon pour la part qu'elle a prise dans la commune.)

Les grandes attaques d'hystérie s'espacent de plus en plus, perdant aussi progressivement de leurs caractères.

A la fin de la maladie, la malade a bien encore des crises, mais ce sont de ictus apoplectiformes ordinaires, étrangers à la névrose. (Paralysie générale confirmée par l'autopsie.)

Voilà autant de faits indiscutables de paralysie générale avec hystérie, la coexistence possible d'une affection organique avec une affection névrosique dite *suie materia* s'impose, bien que ceux-là même qui la signalent, établissent parfois quand même une opposition entre les deux.

En 1888, Fériol signale l'hystérie coïncidant avec l'atrophie musculaire progresiae (Sté H +)

MM. Joffroy et Ballet signalent dans un domaine voisin des coïncidences analogues, telles que l'hystérie, la névrose du goître exophtalmique, la migraine ophtalmique coexistant avec le tabes.

Charcot a maintes fois appelé l'attention dès longtemps sur l'importance des migraines ophtalmiques à répétition dans la période préparalytique.

On relève, en revanche, des autopsies comme celles publiées par Bloc dans les archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique de 1892 (p. 387), sous le titre d'*Associations tabéto-hystériques*.

Ou celles de Grasset publiées dans le *Montpellier Médical* de la même année (p. 227) sous le titre d'*Associations hystéro-organique.*

C'est à la même époque que paraît le travail de Babinski; dans le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux (p. 775) sur l'association de l'hystérie et des névroses, avec les maladies organiques des centres nerveux.

Plus récemment, Bonne, dans le Lyon Médical du 15 Décembre 1896, signale des cas d'hystérie à forme de sclérose en plaque.

Vires, dans la Gazette des Hôpitaux du 16 Janvier 1897, décrit les associations hystéro-tabétiques.

Dubruile présente au Congrès de Bordeaux de la même année un cas de phénomènes hystériques dans le cours de la paralysie générale, avec accidents de méningite aiguë chez un homme.

Enfin Régis publie dans la Presse Médicale du 7 Avril 1897, une très intéressante leçon sur la Neurasthénie dans la paralysie générale, où après avoir fait le diagnostic différentiel approfondi de la paralysie générale et de la névrose, il admet la coexistence de la neurasthénie et de la méningo-encephalite. Ajoutons une observation récente de MM. Collet et Lepine de Lyon (Rev. de Méd. N° 12 1902), relate un fait curieux d'hytérie à forme de paralysie générale, dans lequel les signes physiques et mentaux de la méningo-encéphalite formellement constatés ont disparu totalement et ont laissé la place à la seule névrose persistante; c'est au point que les auteurs éliminent l'hypothèse d'une rémission et d'une coexistence des deux affections.

J'avoue être resté dans le doute à la lecture de ce travail, et je ne serais pas étonné que les auteurs nous donnent ultérieurement des nouvelles de cette hystérique redevenue paralytique; il est regrettable que leur observation n'ait pas été complétée par un examen du liquide céphalo-rachidien, à l'aide de la ponction lombaire.

Signalons également une série de travaux parus à l'étranger, tels que le travail d'Openheim «Névrose fonctionnelle liée à des affections organiques des centres nerveux (neurologiesh centralblatt, 1890-91).

En Italie, le travail de Tomoli sur la paralysie générale progressiva e istérismo. (Gazette Médica. Lombardia. Milan. 1892, p. 475).

Plus près de nous, Dana a décrit l'hystérie associée au tabes dorsal et à la méningo-myélite traumatique (Méd. Read. 1902, 20 7bre. New-York).

Enfin, en Octobre 1902, le Congrès annuel de l'Association Médicale Britannique mettait à son ordre du jour l'étude des rapports de la neurasthénie avec la folie, (rapporteur Cl. Albultt de Cambridge).

«Il est une série d'altérations du système nerveux, dit-il, qui ne sont point encore bien distinguées entre elles, nous les appelons toutes neurasthénie, qu'elles soient la phase prodromique de mélancolies et délires confus, ou de folies paralytiques, qu'elles suivent une infection ou accompagnent quelque altération viscérale.—Ce que nous appelons Neurasthénie, *of high-tension* n'est plus du tout la neurasthénie proprement dite.»

A l'appui, l'auteur cite un exemple de neurasthénie terminée par la paralysie générale et la mort.

(Rapport de la Neurasthénie et la Folie. Clifford Albutt, de Cambridge. British Medical Journal, 18 Octobre 1902).

En face des syndromes hystériques et néurosiques, simulant des maladies organiques du système nerveux (paralysie générale comprise), il est donc établi qu'on puisse observer des maladies organiques, paralysie générale entre autres, produisant le syndrome névro-pathique à titre épisodique ou au début de leur évolution.

Les scléroses des centres nerveux et la méningo-encéphalite en particulier, peuvent donc agir en quelque sorte comme agents provocateurs de l'hystérie (suivant l'expression de M. Guinon), et d'une façon générale, des névroses, apparemment par l'action même des toxines sclerogènes.

Le plomb, par exemple, et ses dérivés toxiques dans l'organisme peuvent faire apparaître l'hystérie latente comme dans les observations de Dutil, de même qu'ils font apparaître la paralysie générale, et cela chez un seul et même malade; nous voilà loin de la pseudo-paralysie générale et hystérique.

La paralysie générale, dit cependant Régis (page 49. Neurasthénie et paralysie générale. Carré et Naud, 1897), n'aime pas le terrain nevropathique, et il est rare qu'elle se greffe sur des névroses essentielles: hystérie, épilepsie, chorée, neurasthénie; la constatation d'une neurasthénie franche, typique, originaire, doit être considérée comme une présomption des plus sérieuses contre l'existence ou l'imminence de la paralysie générale.

«Donc, la neurasthénie vraie, constitutionnelle, permet presque à coup sûr, d'éloigner l'idée de paralysie général».

Mais en revanche les états neurasthéniformes sont pour lui de règle à la période prodomique de la paralysie générale, selon lui «s'il y a opposition entre la neurasthénie vraie et la paralysie générale, cette dernière *succède presque constamment à la première.*»

«La paralysie générale, cela me paraît à peu près certain aujourd'hui, relevant toujours d'une infection, peut accompagner ou suivre tous les états neurasthéniques d'origine infectieuse, p. 53».

...Ces états neurasténiformes préparalytiques sont d'un diagnostic vraiment difficile et seraient uniquement les états neurasthéniques infectieux; ce qui limite le problème, toute neurasténie post-infectieuse, à forme paralytique, devient soit une pseudo-paralysie générale neurasthénique, soit une paralysie générale, le plus souvent avortée.

Les états neurasthénique, liés aux infections chroniques ont des rapports plus étroits encore avec la paralysie générale, c'est-à-dire que de toutes les neurasthénies, celle de la syphilis est la plus près de la méningo-encéphalite chronique.

... Les neurasthénies cérébrales, pour moi, ne sont plus de simples névroses, mais bien le prélude, le premier terme de la paralysie générale, c'est un pont jeté entre la syphilis, infection organique, et la méningo-encéphalite terminale, *c'est un état de transition, non fatal, mais critique, entre les lésions purement fonctionnelles et les lésions organiques.*

Avec le talent que l'on connaît, M. Régis concilie ainsi finalement les rapports reconnus de la névrose avec la paralysie générale, après avoir commencé par opposer l'un à l'autre, grâce à une ingénieuse distinction; la neurasthénie cérébrale post-infectieuse seule étant admise, les autres cas deviennent de fausses neurasthénies.

Il nous parait que c'est transporter dans le domaine de la neurasthénie la même idée préconçue et la même opposition exagérée établie entre les névroses fonctionnelles et les lésions organiques de l'encéphale. C'est couper en deux, par un fossé non moins profond le domaine des neurasthénies, et j'admettrais volontiers comme entre l'hystérie et la pseudo-hystérie paralytique, un pont entre les deux sortes de neurasthénie que distingue M. Régis de même qu'il admet la neurasthénie cérébrale poste infectieuse comme point de transition entre la syphilis et la paralysie générale.

«Dans tous les cas, dit Sollier, à propos de la genèse et nature des phénomènes de l'hystérie, il s'agit ou d'une faiblesse constitutionnells du cerveau (hystérie congénitale) ou d'un épuisement par suractivité fonctionnelle au cours du développement cérébral (hystérie

d'évolution) ou d'un retard du développement cérébral sur le développement physique (hystérie de l'enfance) ou perturbation vaso-motrice (hystérie pubère), enfin il admet l'hystérie par épuisement ou arret fonctionnel des neurones (intoxie infectieuse).

«L'hystérie peut alors être considérée comme intermédiaire entre les maladies purement dynamiques et les maladies anatomiques» (p. 516).

§ II. *Troubles sensitifs hystériformes dans la P. G.* — En dehors du tableau clinique complet de telle ou telle névrose, il est des troubles partiels de la sensibilité gènérale ou spéciale qu'on peut observer isolément ou groupés dans la paralysie générale et qui rappellent certains troubles fonctionnels analogues des névroses, et il n'est pas toujours facile de distinguer les troubles névrosiques des troubles *hystériformes* qui n'ont rien d'hystérique.

Depuis que la syringomyélie a détaché du cadre de l'hystérie tout un groupe de dysesthies et anesthésies diverses, autrefois rattachées à l'hystérie, on se demande si les anesthésies de cette dernière ne relèvent pas de lésions passagères semblablement localisées.

En dehors des symptômes dus à la syringomyélie dans la paralysie générale, on peut observer des anesthésies en manchette ou en bande pouvant relever soit de névroses coexistantes, soit de troubles métameriques.

Au point de vue des sensibilités spéciales, la plupart des observateurs ont vu des paralytiques présentant des altérations du champ visuel, des cécités transitoires sans lésions oculaires superficielles ou profondes, ou des surdités brusques et passagères analogues, et des anosmies et anesthésies pharyngées et gustatives.

Baillarger en 1869, dans son ouvrage sur les symptômes de la paralysie générale et ses rapports avec la folie (Paris. Delahaye 1868), parlant des symptômes accesoirss et phénomènes passagers, précurseurs de la maladie (ch. II) cite l'anesthésie cutanée transitoire, avec les tics de dégustation et de grincement des dents, l'exophthalmie et les raideurs musculaires.

Une observation présentée au Congrès de Médicins de 1900, à la Société de Psychiatrie, par MM. Joffroy et Gombault, montre une paralysie générale survenant chez un dégénéré ayant eu des idées de persecution 18 ans auparavant, et ayant présenté une analgésie viscerale typique, «on pouvait frapper violemment l'épigastre ou comprimer fortement les testicules sans provoquer de sensation pénible.»

Cependant l'autopsie ne montra pas de lésions manifestes au niveau des racines et cordons postérieurs de la moëlle.

Etant donné cette intégrité complète des fibres nerveux dans les cordons postérieurs ainsi que dans les racines postérieures, et comme le symptôme fut transitoire, les auteurs admettent qu'il fut sous la dépendance de lésions susceptibles de retrocéder. Ne peut-on invoquer une telle hypothèse dans bien des cas de névroses?

J'ai récemment observé un paralytique à forme galopante, pourrait-on dire, qui durant l'examen prenait à différentes reprises une attitude extatique, les yeux fixes, la bouche demi-ouverte, s'immobilisant subitement dans l'attitude où il se trouvait, et cessant de répondre et même d'entendre, semble-t-il; ce phénomène durait une demi-minute environ, le malade interrogé sur la raison de cette suspension des sens, repondit qu'il venait de voir le Christ qui était venu lui ôter la syphilis (paralytique général syphilitique mort peu après).

Un autre malade du service m'a été signalé par la famille comme ayant présenté un phénomène identique à plusieurs reprises avant l'entrée. Cette extase fugace pourrait être comparée à certains états de mal larvé.

De même on peut invoquer soit les lésions centrales du ganglionnaire diverses de la méningo-encéphalite, soit l'état névrosique, pour expliquer les névralgies diverses (zonas, sciatiques), les viscéralgies si fréquentes au cours de la paralysie générale, les arthralgies et myalgies, les cardialgies, angine de poitrine et palpitations, etc.

§ III. *Troubles moteurs hystériformes ou névrosiques au cours de la paralysie générale.*—Si maintenant nous passons à l'état de la motilité, nous voyons que les troubles moteurs généraux caractéristiques de certaines névroses, s'observent parfois chez des paralytiques généraux.

M. Vallon et moi avons présenté au Congrès de Clermont trois cas de chorée de Sydenham chez des paralytiques généraux.

J'en ai signalé d'autres a propos de l'observation de Juguelied; je rappellerai à ce propos le travail de Mesnet (1) à l'Académie de Médecine, concernant la chorée prémonitoire de certaines affections organiques, et la chorée expérimentale par embolisme cortical

Le Professeur M. Pierret, a fait en 1883 devant la Societé des sciences médicales à Lyon une communication sur la chorée; il insistait sur deux points principaux, l'un concernant la localisation des

(1) Bull. de l'Ac. de M. 24 Nov. 1885.

lésions de la chorée, et l'autre sur les rapports de la paralysie infantile et de la chorée humaine avec les troubles nerveux infectieux observés dans la maladie des jeunes chiens; ces troubles nerveux sont caractérisés, on le sait, par les mouvements choréiques plus ou moins étendus, faisant place parfois à la paralysie finale.

L'hypothèse ingénieuse de M. Pierret corroborée par des préparations typiques qui montrent l'altération cellulaire à ses différents stades (1) peut également s'appliquer à tous les cas de névrose réveillée par le processus de la méningo-encéphalite commencante, effacé par ses progrès ultérieurs.

Au Congrès de Grenoble, M. Pierret à d'aitleurs lui même généralisé l'idée à la question des mouvements spasmodiques et des tics reveillés par les toxi-infections aigus ou chroniques comme la paralysie générale.

Indépendamment des mouvements choériques ou choréiformes partiels ou généralisés, il importe aussi de rappeler les états convulsifs généraux passagers, offrant des caractères nettement névrosiques.

J'ai observé dans le service de Mr. Vallon des crises hystériformes que j'ai relatées dans un mémoire sur les ictus au cours de la paralysie générale, qui eut le prix Esquirol en 1890. Il y a peu de mois, j'ai en dans mon service un malade qui présenta à la visite et sous mes yeux, une crise en arc de cercle avec mouvements clowniques, gloussements, sensation de boule et étouffements.

Mais l'état de démence paralytique coexistant dans ces cas, rend difficile la recherche des anamnestiques et des stigmates actuels de la névrose.

Rappelons toutefois, parmi les statistiques récentes celle de Soukhanoffet Ganouchkine. (Arch. de neurologie n° 81 1902 page 193).

Sur un grand nombre de paralysies générales des deux sexes, observés à la clinique pschiatrique de Moscou, ils trouvent les attaques hystériformes dans la proportion de:

0. 89 °/₀ aux hommes.
3. 70 °/₀ aux femmes.

Quand aux crises épileptiformes si fréquentes dans la paralysie générale, on sait qu'elles doivent être diagnostiqnées d'avec la crise épileptique vraie, car depuis la 1.re observation de Baillarger relative à un épileptique ancien devenu paralytique général, des faits bien nets

(1) Lab. Pierret. prép. de MM. Paty et Saquin.

de coexistence dc la névrose épileptique avec la méningo-encéphalite diffuse, ne sont pas rares.

Les crises cataleptiques bien qu'exceptionnelles ont été signalées chez les paralytiques et plus souvent cataleptoïdes.

Les phénomènes cataleptoïdes présentées par les déments, dit Lemaître *(Thèse. Paris, 1895. Steinhel, Etats cataleptiques dans les maladies mentales)* ont été mentionnées par différents auteurs, tels que Bourdin, Krafft-Ebing, Arnaut, Strelin; on les rencontre chez les paralytiques généraux arrivés au dernier terme de leur maladie, leur déchéance cérébrale les rend végetatifs et passifs; dans la première période de la paralysie générale, lorsqu'elle revêt la forme dépressive hypochodriaque, on observe également des états cataleptiques, mais ils sont assez différents de ceux qui surviennent dans la démence confirmée; en l'absence de tout délire ces malades peuvent être plongés dans une véritable stupeur catatonique. (Dagenet A M P 1882 p. 385).

On pourrait rapprocher de ces faits l'observation de Brissaud, concernant l'état cataleptique chez un dément brightique.

Les déments paralytiques qui pour Kroeplin et Joffroy se rapprochent des déments précoces par plus d'un point, auraient en certains ce caractère commun de pouvoir s'accompagner au début d'états catatoniques.

Mais, dira-t-on, ce ne sont plus là des phénomènes neuropathiques? Il n'y a pas si longtemps, répondrai-je, que Kalboum a individualisé la catatonie et l'à nettement séparée d'accidents plus ou moins analogues observés dans l'hystérie, et comme dit M. Pierret, quand nous employons les mots de spasmes ou convulsions, nous savons bien ce que nous désignons, mais n'en connaisons encore guère le mécanisme (Pierret).

Aussi me permettrai-je de rapprocher de la thèse précitée de Lemaitre, celle de notre collégue Trénel sur les phénomènes spasmodiques et contractures dans la paralysie générale (1894, Steinhel.)

Cett auteur y rapporte constamment les phénomènes de ce genre qu'il a observé, ainsi que les spasmes, crampes, dysphagie glotique, trismus, tremblements etc., à des lésions des centres nerveux, localisations diverses, et indépendantes les unes des autres du processus morbide caractérisant la paralysie générale.

Dans un travail publié avec M. Burat interne du service, j'ai relaté plusieurs observations de paralytiques à personnalité alternante et à automatisme graphique comparable à celui des médiums écrivains. (Arch. de Neurologie n.° 671.901.)

Ces cas relevaient probablement de localisation corticales, telles que celles qu'à si bien décrites Serieux à propos de ses paralytiques à tics psychomoteurs.

J'ai depuis observé un nouveau paralytique de ce genre poursuivi par un automatisme verbal obsédant consistant dans une sorte d'arithmomanie mégalomaniaque, où il répétait malgré lui des chiffres variés de millions de dollars au point de ne pouvoir manger ni dormir ainsi qu'il s'en plaignait dans des lettres curieuses; plus tard cet automatisme verbal délirant et obsédant fît place à un tic de toux nerveuse le génant également pour dormir et manger, ainsi que pour parler, j'observe encore ce malade chez lequel les progrès de la démence ont aujourd'hui effacé les signes qui rappellent ceux de quelque névroses (1).

Je dois dire en terminant un mot de la simulation par le malade, qui peut, étant hystérique, simuler la paralysie générale et vice-versa.

C'est ainsi que j'ai observé un dégénéré longtemps interné à Bicêtre dans le service de M. Bourneville et que plusieurs de nos collègues connaissaient antérieurement car il a 11 entrées dans nos asiles.

Mr. Doutrebente doit le connaître aussi, car il a été interné peu de temps à Blois en simulant la paralysie générale. Comme dégénéré, il a du strabisme paralytique convergent de l'œil droit (1ere du M. O. E,), et une inégalité pupillaire congénitale.

Se trouvant à Blois, sans ressources, il est monté sur la statue de la place un jour de marché, proclamant sa qualité de Pape et de Président de la République. Mais M. Doutrebente ent bientôt fait de dépister sa simulation et on le mît dehors. Dans mon service, ce malade a simulé l'épilepsie.

M. le Professeur Joffroy a présenté dans ses leçons en 1892, un paralytique qui entrait dans une sorte d'hébétude simulant vaguement la catalepsie, lorsqu'on se livrait sur lui à quelques tentatives d'hypnotisme, c'était une simulation inconsciente et grossière de l'hypnose provoquée, due vraisemolablement à une auto-suggertion de dément, persuadé qu'il entrait ainsi en sommeil somnambulique.

Des données précédentes, nous pouvons conclure que l'on peut observér paralèllement de signes de névroses variées avec le syndrôme paralytique.

---

(1) Au récent Congrès de Grenoble, M. Obreggia a rapporté 3 cas de tics au début de la paralysie générale, et M. Dupré a présenté une observation typique de grossesse fantôme chez une paralytique générale.

Mr. le Dr. Klippel a bien voulu me signaler un cas d'Echolalie au début d'une paralysie générale qu'il observe en ce moment dans son service.

Si les névroses, en particulier la névrose hystérique, peuvent jusqu'à un certain point simuler le syndrôme paralytique (Cas de Collet et Lépine de Lyon. R. de Méd. n.° 1902) on pourrait dire en revanche que la méningo-encéphalite, peut au cours de son évolution simuler les névroses à son tour, en revêtir en certain cas l'allure et prêter à confusion?

Mais hors les cas où le diagnostic est discutable, douteux même, comme le montre les termes employés d'accidents hystériques, cataleptoïdes, épileptoïdes, choréoïdes, il est des cas où les signes cliniques réalisent le tableau classique de névroses nettement caractérisées.

Ces cas sont surtout nets, lorsque le paralytique a présenté de longues années auparavant des atteintes manifestes, parfois répétées de névroses telles que hystérie typique ou chorée de Sydenham.

Les différents syndromes névrosiques peuvent donc s'observer conjointement avec la paralysie générale chez les mêmes malades.

Ces cas de coexistence des symptômes névrosiques divers, et des signes de la méningo-encéphalite, bien que relativement rares, n'en sont pas moins nombreux dans la science et correspondent à des névroses très diverses.

Il y aurait donc des névroses preparalytiques comme il y a des névroses tardives préséniles: la période critique, qui prépare et précède l'éclosion des premiers signes de la paralysie générale pourrait produire sur l'organisme quelque chose d'analogue aux grandes crises, qui suscitent chez d'autres l'éclosion des névroses, comme par exemple les toxi-infections greffées sur les crises dentaires ou pubères, sur les crises de grossesses ou de lactation de la ménopause ou de la sénérescence.

§ IV. *Paralysie générale névrose et dégénérescence, prédispositions.* —Parmi les vérités que les progrès de la neuropathie, ont dans ces dernières années mis en relief, il n'en est pas qui aient été plus féconde au point de vue de la nosologie et du diagnostic, que la notion de l'association possible chez un même sujet, de plusieures maladies nerveuses.

Cette citation empruntée au savant rapport de notre Président au Congrès de Clermont s'applique pleinement au présent sujet.

Les faits classiques si bien établis par M. Magnan, de coexistence de plusieurs délires sur un terrain dégénératif, d'éclosion de syndromes épisodiques à l'occasion de crises semblables, sont un argument de plus en faveur de notre hypothèse, surtout si l'on admet avec

MM. Joffroy et Ballet, que les névroses sont en somme une façon de dégénérescence héréditaire particulière comme le prouve l'étude de généalogies de psychopathes, de ce que l'on appelle la famille névrophatique.

Il n'est pas sans intérêt non plus de rappeler ici, que la descendance des paralytiques généraux est loin d'être à l'abri des névroses et dégénérescences en général, bien que l'opinion du Professeur Ball, considère au contraire l'hérédité congestive comme seule de règle.

La question générale des prédispositions névropathiques et héréditaires dans leurs rapports avec la paralysie générale, a été l'objet de vives discussions à l'étranger comme en France, Krafft-Ebing avait coutume de dire que l'étiologie de la paralysie générale se résoud en 2 facteurs, syphilisation et civilisation, ce dernier se ramènerait à à l'abâtardissement dû au surmenage et à la dégénérescence.

Noeck d'Ubertsbourg, estime aussi que les tares héréditaires, jouent un grand rôle dans l'étiologie de la paralysie générale.

Cependant Orchausky au Congrès de Moscou, a soutenu l'opinion inverse que l'hérédité névropathique défendait le système nerveux contre l'action néfaste de la syphilis.

Pilez de Vienne a aussi repris cette thèse de l'antagonisme entre la dégénérescence nerveuse et la paralysie générale.

Il met en parallèle 170 cas de paralysie générale et 67 cas de dégénérés criminels, et il recherche dans chaque groupe la fréquence des stigmates physiques de dégénérescence.

Il semble que ces auteurs aient pris l'expression dégénerescence dans le sens somatique seul, au lieu de le considérer dans son sens large à la fois psychique et physique, névroses comprises.

La thèse récente de Wahl dans le service de M. Vallon avec les documents cliniques si riches du service de Villejuif établit que les descendants des paralytiques généraux sont disposés aux affections dégénératrices du système cérébro-spinal, en particulier les affections convulsives, épilepsie et autres névroses.

Pour devenir tabétique ou paralytique, dit d'autre part M. Le Professeur Joffroy (méd. mod. 4 fev. 1903), il faut avoir une constitution particulière de la moëlle ou du cerveau qui tient aux conditions dans lesquelles on a été conçu, à l'état des parents au moment de la conception, à ce que le fruit est mal venu, à ce que la graine ne vaut rien. Le cerveau, la moëlle, ou seulement certaines parties de ces organes sont peu résistants, et particulièrement sensibles à toutes les causes de déchéances et sous l'influence de la syphilis, des excés ou des fatigues qui seront admirablement tolérés par d'autres, les élé

ments nerveux se flétriront, s'atrophieront, et le malade fera ces maladies qui ne sont qu'une expréssion de la déchéance nerveuse congénitale.

On sait d'autre part combien souvent tous les syndromes de dégénérescence et de névroses alternent ou s'associent facilement chez les divers membres d'une famille tarée, voire même chez les mêmes individus avec les affections cérébrales organiques.

Sans entrer dans la question des rapports d'équivalence ou de similitude de ces manifestations héréditaires, dégénératives d'une part, névrosiques de l'autre, je me contenterai de renvoyer aux thèses spéciales de MM. Colin et Robinowith sur ces points, et dirai que les paralytiques chez lesquels éclosent des signes de névrose comme ceux chez qui s'observent des syndromes dégénératifs, sont des prédisposés spéciaux pour lesquels l'infection génératrice de la paralysie générale agit somme agent provocateur, opérant un rappel d'anciennes lésions cérebrales (1).

M. Pierret a montré que dans beaucoup de cas, les phénomènes convulsifs, hystériformes, spasmodiques, psychiques, etc.; étaient dus à des rappels d'origine toxique ou infectieuse, à d'anciennes lésions cérébrales ou spinales.

M. le professeur Joffroy (2) insistant dans une leçon clinique sur le rôle de l'héredité dans la production de la névrose chorée, dit aussi: «la malformation congénitale du système nerveux, provoquée par »une herédité plus ou moius longue, ne frappe pas, n'atteint pas tous »les appareils également. Chez l'un ce sera surtout et peut-être exclu»sivement l'appareil moteur qui sera atteint; chez l'autre, l'appareil in»tellectuel; chez le troisième, l'appareil trophique ou sensitif. Sou»vent aussi ces différents appareils seront atteints simultanément et »à des degrès variables, de manière à réaliser des combinaisons très »diverses».

Dans une leçon recueillie par M. le Dr. Mercier, sur les myopsychies (Revue Neurologique, N° 7, 15 Abril 1902), M. le professeur Joffroy dit encore:

«La chorée de Sydenham, la chorée de Teurtington, la maladie

---

(1) Il ne suffit pas de noter la coexistence cliniqne des syndromes, il faut eesayer d'aller plus noin dans l'analyse des faits. Deux maladies ne coexistent pas chez un seul malade comme deux oiseaux différents enfermés dans une même cago. Les considérer ainsi serait preudre pour vrai ce qui n'est que catégorie de notre espiit, et oublier qu'il n'y a pas en réalité des maladies mais seulement des malades.

(2) A. Jaffroy. «De la folie chronique». Lefinition et nature de la Chorée. «Semaine médicales févrięr 1892».

des tics, la maladie de Parkinson, la maladie de Thomsen, le tabès, la maladie de Friedreich, la syringomyélie et toutes les amyotrophies dites primitives, ainsi que les troubles mentaux qui les accompagnent, ne sont que des manifestations diverses de la dégénérescence et forment un groupe naturel que je désignerais volontiers sous le nom de groupe des maladies musculo-psychiques d'origine conceptionnelle ou héréditaire.» Bien que le mot paralysie générale n'eut pas été prononcé, nous savons, par les citations précédents du savant professeur, que la Paralysie générale relève aussi, suivant lui, d'une dégénération d'origine héréditaire. Ce sont là autant de combinaisons variées d'une même insuffisance conceptionnelle.

On peut donc dire, en parlant des névroses, chorée ou autres, qu'elles réalisent précisement et doublement une de ces combinaisons; chez le paralytique général qui en est atteint, il existe une certaine malformation préalable de l'appareil neuro-musculaire central restée plus ou moins latente, jusqu'au jour où l'échéance de la méningo-encéphalite vient la mettre en activité.

Dans tout ce que nous savons des névroses d'une part, de la périencéphalite d'autre part, il n'y a rien qui s'oppose à admettre les hypothèses suivantes:

La paralysie générale est une maladie toxi-infectieuse chronique. Cet empoisonnement évolue lentement et progressivement, il débute bien avant les premiers symptômes cliniques appréciables aux moyens actuels de recherche. (Le cyto-diagnostic étant peut-être à réserver.)

Le premier stade d'impugnation toxique produit par l'envahissement initial des centres nerveux rencontrant des tissus résistant, réalise d'abord un déséquilibre fonctionnel analogue à celui produit par des toxines faibles, telles que celles résultant d'infections banales intercurrentes (grippe par exemple).

Un individu porteur de malformations cicatricielles nerveuses, telles que celles servant vraisemblablement de substratum aux états nevropathiques divers, présentera à ce stade de la toxi-infection préparalytique, un réveil des syndromes névrosiques latants, qui n'ont rien d'incómpatible avec l'encéphalite surajoutée; ces syndromes subsisteront plus ou moins complètement tant que les progrès de la toxi-infection chronique n'auront pas altéré profondément les centres nerveux au point d'effacer la trace des cicatrices anciennes précitées.

Comme le dit M. le Professeur Brissaud dans une étude récente, jusqu'à une époque récente les névroses comme toutes les maladies qualifiées d'essentielles étaient censées n'avoir leur raison d'être qu'en elles-mêmes, en soi, *per se,* ce qui n'a pas de sens. (P. M. X^bre^ 1902.)

Les névroses ne sauraient donc échapper à la loi générale de causalité, et si elles sont sans causes organiques *connues*, nous commençons à soupçonner ces dernières: M. Pierret, au dernier Congrès de Grenoble, employait pour ces cas, à propos des dégénérés tiqueurs une comparaison fort heureuse et frappante, empruntée à la photographie; il comparait ces malades à la plaque impressionnée, comme porteurs de taxes latentes, de points de moindre résistance dans les centres nerveux, points que décèle une imprégnation fortuite de toxique ou de toxime, et cela durant un temps variable, très fugace, parfois; on peut, croyons-nous, appliquer ces vues aux cas aujourd'hui nombreux de dégénérés névropathes versant dans la paralysie générale, et dont la paralysie générale réveille les névroses diverses comme les autres stigmates latents.

Mais ramener ici les névroses à une prédisposition dégénérative réveillé à l'occasion d'une paralysie générale commençante n'est pas suffisant.

Qu'est-ce en fait, au point de vue organique, qu'une prédisposition dégénérative de ce genre?

Les caractères de fatalité regressive et d'involution inéluctable attribués par nous à la *dégénérescence* et à *l'hérédité dégénérative*, les avaient élevées, connues, dit Dallemagne (1) à la hauteur d'un processus biologique un et irréductible.

Elles y avaient même gagné quelque chose de mystérieux et de fatal à la fois. Elles apparaissaient comme une sorte de personnification grâce à un travail d'abstraction assez semblable à celui d'où sortirent jadis les conceptions mythologiques.

En une sorte de clair-obscur doctrinal, elles surgissaient tout à coup, ainsi que des puissances occultes conscientes et ixexorables à la fois.

Et malgré les efforts et le temps, ces motions restent toujours quelque peu nimbées de ce même occultisme. (Dallemagne).

Cependant, depuis Morel, le nombre des stigmates anatomiques péripheriques, puis centraux, s'est accru sans cesse. Les stigmates, dits fonctionnels psychiques ou nerveux, ne pourraient-ils, eux aussi, se résoudre un jour, en expression d'état pathologique des centres nerveux correspondants? M. Magnan, en donnant sa synthèse des stigmates physiques les a classés par analogie avec les variétés d'idiote et a groupé ses dégénérés en spinaux, spino-cérébraux, cérébraux antérieurs, moyens et postérieurs.

---

(1) Dégénérescence et criminalité. Rapp. au IX Congrès d'Anthropol. criminelle 1891. (Bruxelles. p. 2.)

Les stigmates psychiques et nerveux réductibles en un trouble des organes centraux, spinaux et cérébraux datant de la première phase de l'évolution individuelle, rentrent en quelque sorte par certains côtés dans l'ordre tératologique. Leurs manifestations représentent un rappel de reliquats d'affections survenues au début de l'existence individuelle, d'entraves apportées par des conditions défectueuses au développement régulier d'organes dotés de moindre résistance par la faiblesse du germe.

Les rappels de névrose, à l'occasion de la paralysie générale, comme la paralysie générale elle-même, rentrent dans cet ordre d'idées.

Le temps est peut-être prochain où les prédisposés, dégénérés et nevrosés pourraient être classés suivant une échelle de prédisposition en rapport avec la succession de phases de myélinisation des systèmes de neurones spinaux et cérébraux. Les cérébraux postérieurs ou autres se ramèneront alors peut-être à la prédisposition due à une myélinisation défectueuse contemporaine de la formation des centres d'association postérieures et antérieures décrits par Fleichsig.

Dans un mémoire couronné par l'Académie de Médecine en 1899, j'ai, en collaboration avec M. le Dr. Vigouroux, présenté une étude sur le nervosisme et ses causes, basé sur cette conception, mais je ne saurais me dissimuler les dangers d'une généralisation trop hâtive des recherches de Fleischig et n'insisterai pas ici sur ce point.

Dans tous les cas, c'est à una modalité particulière de la cellule nerveuse ou de ses prolongements dans telle ou telle portion de l'axe cérébro-spinale que se ramène le mécanisme des phénomènes.

La cicatrice des neurones atteints d'un incomplet développement ou de dégénération plus ou moins réparée, explique le point de moindre résistance.

A la période tout à fait initiale de la méningo-encéphalique, y a-t-il altération cellullaire primitive, lésion parenchymateuse, ou bien celle-ci n'est-elle que secondaire à une altération vasculaire et névrologique interstitielle?

Si on s'arrête à l'hypothèse on s'expliquerai que cette altération première puisse réveiller précisément la lésion en quelque sorte latente dans le neurone et ses expansions, à la phase initiale du processus. C'est donc à un bref aperçu de la question des lesions initiales de la paralysie générale que se ramène la fin de notre travail.

Dans les affections primitives des centres nerveux, dit Marinesco (1), les lésions de la nevroglie et des vaisseaux se manifestent dans la plupart des cas; ainsi, dans la paralysie générale, ces lésions sont

(1) Presse Médicale. N° 44. Page 269. 2 juin 1900.

très marquées. Il y a proliférations des cellules vasculaires et afflux leucocytaire parallèlement aux lésions cellulaires avec désintégration chromatolytique à tous ses degrés, depuis la tuméfaction initiale du sponzioplasme avec apycnomorphie périphérique jusqu'à l'atrophie cellulaire, avec ou sans fragmentation, vacuolisation, fonte nucléaire, fissuration et rupture des prolongements protoplasmiques. Cependant il est logique de penser que certains de ces phénomènes sont les premiers en date.

Selon les procédés histologiques employés, on a vu les histologistes attribuer à ce qu'ils voyaient le mieux, la part prépondérante dans le mécanisme des altérations nervo-organiques de la paralysie générale.

Pour les uns, l'altération primitive serait l'altération vasculaire (Mierzejewski, Lubinoff, etc.), la diapédèse de globules neuronophages qui en dérive mènerait l'attaque du neuroue et de ses prolongements en pleine santé.

Pour d'autres, Rokitowsky, entre autres, la prolifération névroglique au lieu d'être apparente ou compensatrice de l'atrophie du parenchyme serait active et initiale, étouffant secondairement les neurones par la prolifération même; d'où phagocytose après une lutte ou l'emporterait le nombre. Pour Marinesco, les neuronophages névrogliques interviendraient secondairement par une sorte de déséquilibre nutritif stimulant la nevroglie par secrétion insuffisante des substances modératrices cellulaires. (Biologie de la cellule nerveuse. Arch. für Psych. 99. 17 février.)

Pour d'autres, enfin, les phagocytes névrogliques ou leucocytes venus des vaisseaux n'interviendraient que comme nécrophores pour l'élimination des neurones agonisants ou morts par suite d'un empoisonnement primitif du parenchyme, c'est-à dire de la cellule noble seule en cause en début.

Pour Joffroy (1), voici qu'elle est la succession des phénomènes: la cellule nerveuse est atteinte la première en date, la lésion amène la dégénérescence des fibres nerveux; la désintégration de celle-ci est la cause de la diapédèse et des lésions vasculaires, et enfin la prolifération du tissu interstitiel n'est, en somme, qu'un travail de réparation. La paralysie générale n'est donc pas une maladie interstitielle, c'est l'altération du parenchyme qui marque le début de l'affection... si les cellules s'altèrent, il faut en rechercher le cause dans la prédisposition du sujet, et cette prédisposition est caractérisée par la faiblesse con-

(1) Bulletin médical N.° 47. 13 Juin 1894. Anatom. et Physiologie pathologique de la P. G. Leçon recueillie par M. le Dr. Pactet.

génitale des éléments nerveux qui s'épuisent rapidement et en arrivent ainsi à ne plus pouvoir exercer leurs fonctions trophiques... Il ne faut voir dans les intoxications alcooliques, saturnines, syphilitiques, puerpérales, etc., que des causes accessoires; et la cause première de la paralysie générale réside dans la prédisposition, c'est-à-dire dans l'hérédité.

Klippel, en distinguant au point de vue histologique des variétés interstitielles, décrit aussi une encéphalite parenchymateuse, cette dernière du moins serait susceptible de s'accompagner au début d'un réveil d'anciennes névroses en quelque sorte enregistrées dans le parenchyme nerveux.

Car les dégénérescences mentales ou nerveusss, ne sauraient aller sans substratum organique, et la brèche ouverte par Bayle dans le vieil édifice des maladies de l'aine a découvert le filon, qui doit conduire á dégager des hypothèses métaphysiques, la notion des névroses comme celle des psychoses dégénératives ou autres.

Uno étude approfondie des rapports des névroses et de la paralysie générale pourrait peut-être éclairer ce point.

On peut du moins dès à présent conclure de ce qui précède, que:

Toutes les névroses peuvent s'observer conjointement avec la paralysie générale.

Par ordre de fréquence on peut citer la neurasthénie, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, etc.

Les unes comme les autres se manifestent généralement an début de la méningo-encéphalite, pour s'effacer avec ses progrès le plus souvent, ou reparaître à ses rémissons.

La paralysie générale dans ces cas n'offre pas fatalement une forme atypique et remittente.

Le diagnostic est à faire avec les cas possibles de nérvoses simulant la paralysie générale ou inversement.

L'association réelle des deux vient à l'appui de la conception d'une origine dégénérative de la paralysie générale, de sa nature parenchymateuse initiale, et peut être invoquée contre l'hypothèse générale des névroses *sui materia.*

Telles sont les conclusions et les hypothèses qui, à mon sens, cadrent le mieux dans l'état actuel de nos connaissances avec ce que noux savons et de la paralysie générale d'une part et des névroses d'autre part.

Ainsi peuvent s'éclairer mutuellement les points encore si obscurs de la lésion initiale de la paralysie générale et du substratum organofonctionnel des névroses dégénératives.

Telles sont les idées que j'ai cru pouvoir vous soumettre à propos des rapports de la paralysie générale et des névroses; c'est surtout là un terrain fécond en points de vues variés, bien propre à susciter des discussions fertiles en enseignement, étant donné les compétances multiples ici réunies; je serai heureux si je réussis à les susciter pour mon édification personnelle, conscient du peu que j'apporte moi-même dans une question aussi difficile.

LES ATROPHIES MUSCULAIRES CHEZ LES HEMIPLEGIQUES

Par Mr. V. VITEK (Prague).

Entre les lésions que l'on trouve, dans l'état hémiplégique, telles que les contractures, les douleurs et les paraesthésies, les mouvements associés et les autres anomalies des fonctions nerveuses, non moins signifiantes sont les atrophies, qui peuvent toucher presque tous les éléments des tissus. A la clinique du prof. Maixner à Prague j'ai eu l'occasion d'observer un cas d'atrophie hémiplégique, qui touchât surtout la musculature et qui fut intéressante surtout par ce fait, que l'atrophié n'occupait que quelques groupes des muscles de l'extremité supérieure et une partie de la cuisse. Il s'agit d'un vieillard marasmatique, chez lequel s'établit il y a sept ans l'hémiplégie gauche sans insulte apoplectique. La parésie se retira après quelques mois de telle manière, que le malade put de nouveau marcher en s'appuyant sur le bâton.

A l'hôpital où il fut accepté à cause de son état marasmatique on put constater l'hémiplégie gauche avec une contracture faciale légére du même côté sans doute conséquence de la parésie précédente. La langue fut étendue toute droite. Ainsi les autres fonctions des nerfs cerebrales furent intactes. Dans la musculature du côté parétique on trouvait les contractures disposées suivant les régles habituelles. La marche fut spastique parétique. A l'extrémité supérieure l'altération de la motilité fut bien plus marquée. On rencontre les lésions trophiques aux membres paralysés, aux ongles du malade (les sillons et les courbures) et aux quelques muscles de l'extrémité supérieure. Ces muscles atrophiés sont: mm. interossei, m. deltoïdeus m. infraspinatus et le m. teras min. Il semblée que les extenseurs de la main et les fléchisseurs de la cuisse sont aussi un peu atrophiés. L'atrophie des muscles cités ci-dessus, qui, n'ont pas été contracturés, fut constaté par l'inspection, la palpation et le mesura

ge de la circonférence des extrémités. La réaction au courant éléctrique dans ces muscles fut diminuée.

Les reflexes tendineux dans le côté paralysé ont été éxagérés, le refléxe abdominal et du scrotum supprimé. Phénomène de Babinski à gauche fut positif. La fonction des sphincteurs fut diminuée. De plus on a constaté l'artériosclérose périphérique et d'organes, le pouls irrégulier, l'hypertrophie du ventricule gauche avec l'emphisème pulmonaire. Quant à la fonction sentionnelle et psichique il n'y avait aucune anomalie.

On trouve dans la littérature de ce phénomène quelques différentes opinions. En jugeant d'après les différentes recherches anatomiques dans des cas pareils, ces atrophies ont été considérées par les différents auteurs, soit comme une conséquence des lésions du cerveau, (Monabor, Marinesco, Eisenlohr), soit des éléments ganglionnaires des cornes antérieures de la moëlle épinière, une fois par le système pyramidal (Charcot, Leyden), autres fois par le procés arthritique (Darkeivic), ou bien enfin on a supposé la connexité avec le procés néuritique. (Déjéeine). Quincke suppose qu'il s'agit dans de tels cas d'une lésion de centres trophiques ou de leurs voies.

Mais on connait aussi des cas d'atrophies musculaires chez les hémiplegiques sans aucune lésion au système nerveux, excepté le foyer primitif dans le cerveau avec la dégénération secondaire du système pyramidal (cas de Sénator, Babinski, Rott, Muratoff, etc.)

Dans les cas aigus (comme celui de Senator, Borgherini et d'autres), l'origine cérébrale est très vraisemblable pour la cause simple, que la lésion cérébrale n'était pas capable par la dégénérescence descendante d'endommager en si peu de temps les centres trophiques dans le moëlle épinière.

Dans les cas chroniques nous avons toujours une explication répondante à ces diférents recherches sur le système nerveux dans la théorie de Joffroy-Achard d'après laquelle il s'agit d'une irritation plus ou moins accentuée des cornes antérieures par le cordon pyramidal, dégénéré. Suivant le degré de cette irritation qui se manifeste une fois comme une contracture avec des reflexes exagerés, autrefois quand l'irritation s'accentue, comme l'atrophie musculaire dans les muscles contracturés, il s'agit: ou bien seulement des lésions dynamiques de centres trophiques, dans les cornes antérieures, ou bien des lésions dégéneratives des nerfs périphériques, secondaires aux lésions médullaires (d'après la théorie de Ranvier la dégénerescence Walleriene comence à la périphérie du neuron), ou bien enfin du changement aux éléments ganglionnaires, des cornes antérieures.

Pour complèter l'explication pourquoi l'atrophie se manifeste une fois dans tous les muscles contracturés (comme soutient Joffroy-Achard), qu'autrefois elle atteint seulement certains groupes des muscles, on peut combiner la théorie des auteurs cités avec la théorie de Charcot (l'atrophie reflexe par l'irritation arthritique) ainsi modifiée: dans certains cas d'hémiplégie les fréquentes et accidentelles lésions de quelques articulations de l'extrémité paralysée, qui ne sont pas même-suivis par un procés arthritique, peuvent prédisposer par une irritation reflexe les centres trophiques de quelques muscles, surtout de ceux qui sont avec l'articulation dans une connexité intime, qui les couvrent (comme dans notre cas): par l'influence du cordon pyramidal dégénéré à ces centres trophiques déjà prédisposés par l'irritation périphérique résultent ces atrophies dans les muscles disperses comme les démontre aussi l'observation de nôtre cas.

Quant aux lésions anatomiques de la structure des muscles atropiés de même que de la réaction éléctrique, on peut dire qu'il sont en rapport avec les diffèrents troubles du système nerveux.

A M. le Prof. Maixner, qui m'a inspiré ce travail, je dois mes remerciements sincères.

BRADYCARDIE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

par Mr. PEPPO ACCHIOTE (Constantinople).

Un des signes caractéristiques de la maladie de Basedow est la tachycardie; ce signe ne fait jamais défaut. Je l'ai rencontré toujours dans les cas légers comme dans les cas graves, dans les cas types, comme dans les cas frustrés. Dans quelques observations où la maladie tendait à disparaître, la tachycardie disparaissait également, elle pouvait réapparaître cependant aux moindres occasions et persister pendant quelques temps.

La bradycardie au contraire doit être très rare, elle n'est pas été constatée d'une façon manifeste, que je sache.

Peter, Pasteur ont signalé il est vrai de la bradycardie, mais cette bradycardie n'était qu'un myxœdème succédant au goître exophtalmique.

Mais la bradycardie pure et simple, à titre de symptôme permanent de Basedow, n'a pas jamais été constaté que je sache. J'ai eu l'occasion pourtant de l'observer dans un cas de maladie de Bassedow où le

diagnostic, confirmé par quelques confrères, ne faisait pas le moindre doute.

Il s'agissait d'une homme de quarante ans, atteint de la maladie de Basedow. Il présentait de l'exophtalmie, un léger gonflement de la région tyrhéoïdienne, du tremblement basedowien et quelques signes accesoires de la maladie en question. Le signe de Graefe était très manifeste. Le pouls battait 50 à la minute.

Justement l'absence de la tachycardie avait empêché certains confrères à poser le diagnostic de la maladie de Basedow.

Cette observation est intéressante; elle indique que la bradycardie peut, quoique exceptionnelleement remplacer, la tachycardie et persister comme signe clinique dans la maladie de Basedow.

Quant à la pathogénie de la bradycardie dans la malade de Basedow; je ne pourrai pas en expliquer la cause, je relate le fait seulement.

QUELQUES REFLEXIONS SUR LA CONTAGIOSITE DE LA LEPRE

par Mr. PEPPO ACCHIOTE (Costantinople).

Mes premières études sur la lèpre et sur sa contagiosité datent depuis 14 ans. C'est en 1889 que j'ai fait ma thèse sur la contagiosité de cette maladie et j'avais conclu en ces termes:

La question de la contagiosité de la lèpre est loin d'être résolue.

«Je ne conteste pas la contagiosité de la lèpre mais j'affirme et termine ma thèse en ce sens de n'avoir pas constaté un seul cas de contagion probant et indiscutable. Mes observations se montent à une centaine des cas environ; j'ai suivi de près ces malades pendant un certain temps, et très minutieusement une à une toutes ces observations au point de vue de l'hérédité et de la contagion. L'hérédité est manifeste dans la plupart des cas tandis que la contagion n'a jamais été prouvée et démontrée, dans mes observations du moins. Ce qui m'a également le plus frappé c'est le peu de soucis et de soin qu'apporte l'entourage du lépreux au point de vue de la contagion. Ils couchent dans la même chambre que ces misérables lépreux, ils respirent la même atmosphère viciée et confinée; ils partagent la même nourriture, même le même lit, le linge est lavé en commun, et malgré tout cela aucun autre cas de lèpre n'a été recconnu dans la famille de ce lépreux.

Si en réalité la lèpre est contagieuse comme tendent à le démontrer aujourd'hui les recherches modernes; comment se fait-il alors que

je n'ai pas pu constater un seul cas de contagion indiscutable parmi mes malades? Ceci me détermine à conclure que la contagion de la lèpre, si tant est qu'elle existe, doit se faire exceptionellement et dans des conditions très difficiles. (Thèse du doctorat 1889).

Depuis, j'ai continué mes recherches sur la contagiosité de la lèpre.

J'ai suivi avec intêret les discussions faites à la Conférence Internationale de Berlin le 11 Octobre 1897, et les communications faites par des médecins de tous les pays qui s'étaient réunis en séance solennelle afin de juger d'après les connaissances actuelles sur la contagiosité et l'hérédité de la maladie, dans le but de prendre des mesures contre l'extension de cette maladie.

Les conclusions de la Conférence de Berlin étaient celles-ci: «que la lèpre est une maladie contagieuse, mais que l'hérédité ne serait pas acceptable.»

J'avoue que ces conclusions sont contradictoires aux nôtres, d'après ce que nous avons pu voir.

L'hérédité a été prouvée manifeste dans un grand nombre de nos observations. La lèpre apparait chez les enfants ou les petits enfants soit en bas age, soit en pleine adolescence; ceci est hors de doute.

Peu de temps après la Conférence de Berlin, la Société Impériale de Médecine de Constantinople avait nommée en 1899 une Commision dans le but d'étudier et de rechercher chez nous la contagiosité de la lèpre.

Cette Commision qui était formée d'une dizaine de membres des plus compétents en pareilles matières, s'était occupée à rechercher la contagiosité de la lèpre.

Un grand nombre de lépreux ont été soumis à l'examen et les observations de tous ces malades ont été prises minutieusement en la présence même de tous les membres de cette Commission. Une visite a été faite à la Léproserie de Scutari pour rechercher et étudier de près la question de la contagion. Quel a été notre étonnement de voir des personnes étrangères ou quelques peu parentes aux lépreux entrer librement á la salle des lépreux, partager la même nourriture, boire dans le même verre, partager le même lit et ceci sans aucune crainte de contagion!

Jamais la lèpre n'a été transmise par contagion aux infimiers ou aux nombreuses personnes étrangères visitant et fréquentant la léproserie.

Tandis que l'hérédité a été confirmée et constatée d'une façon manifeste chez un grand nombre de ces lépreux.

Nous n'avons avons pas pu trouver la contagion de la lèpre parmi

toutes les observations de lépreux prises en commun et j'ajouterai qũe toutes nos observations ont été prises minutieusement et sont assez nombreuses.

Une seule fait exception: c'est le cas d'un lépreux que j'ai rapporté et montré aux membres de cette Commission au mois d'août 1899, malade qui avait cohabité avec un lépreux et qui 16 ans plus tard devint lui même lépreux.

Voici l'observation:

N. P. agé de 50 ans, marié et père de cinq enfants. Rien dans ses autécedants héréditaires. Il y a 15 ans il a cohabité avec un lépreux dans la même maison pendant plusieurs années; douze ans plus tard ce malade est devenu lepreux. Les enfants n'ont rien.

Parmi 200 cas de lèpre que j'ai eu l'occasíou d'examiner, c'est le seul cas que j'ai pu constater où la contagion peut-être maintenue.

CONCLUSIONS

La lèpre est certes une maladie bacillaire et j'accepte par conséquent qu'elle est une maladie infectieuse et contagieuse. Mais ce que je n'accepte pas, et en ceci je me rapproche des idées de notre illustre léprologue le Dr. Zambaco-Pacha, c'est l'excessive contagiosité qu'on a voulu attribuer à cette maladie après la Conférence de Berlin.

Au contraire: la contagion est acceptable *mais* elle est très rare et elle se fait dans des conditions exceptionnelles. L'incubation est toujours très longue et les conditions de receptivité très difficiles, tandis que l'hérédité doit être considerée comme une des causes principales de la maladie.

Discussion.

Mr. MIGUEL BOMBARDA (Lisboa): A prospos de la syringomyélie et de ses rapports avec la lèpre, il faut ne pas oublier que cela est déjà éclairci.

Dans le Congrès de Rome, le travail de Mr. Sousa Martins et Camara Pestana a démontré en toute évidence que le bacille lépreux existe dans des cas de syringomyélie.

CLONISME DU PIED ET NÉVROSE

par Mr. PEPPO ACCHIOTE (Constantinople).

Jusqu'à dans ces dernières années, le clonisme du pied, ou autrement dit la trépidation epileptoïde, était considérée comme un signe presque pathognomonique des lésions du système pyramidal; la présence de ce signe était capable à écarter l'idée d'une névrose. En réalité ceci n'est pas tout à fait exact, et le clonisme du pied perd aujourd'hui de son importance comme signe caractéristique d'une lésion organique. Pour moi, il n'a une importance capitale et décisive que lorsqu'il est accompagné du signe de Babynski (phénomène des orteils).

Je rapporte ici le cas d'une jeune femme hystérique, qui a presenté à la suite de fortes secousses morales des phénomènes nerveux, simulant à s'y méprendre, le sclérose en plaques. Elle avait une paraplégie spasmodique, un tremblement dans les membres supérieurs, des troubles dans la parole. L'anesthésie était complète aux membres inférieurs.

Les reflexes tendineux rotuliens étaient exagerés et le *clonisme du pied manifeste.* 8 mois après, cette malade guérit subitement et totalement.

Dans ce cas, le signe de Babinsky était absent.

J'ai rencontré le clonisme du pied dans un cas de neurasthénie à forme spinale chez un jeune homme qui accusait une faiblesse dans les membres inférieurs, des douleurs au niveau des reins et une faiblesse génitale. Les sphyncters étaient intacts. Les reflexes rotuliens étaient excessivement exagerés, le clonisme du pied assez manifeste; par contre le signe de Babinsky était absent.

Ce malade est aujourd'hui très bien portant; les troubles néurasthéniques ont disparu; l'exagération des reflexes persiste toujours; mais le clonisme du pied a totalement cessé. Dans ces deux observations le clonisme du pied aurait pu nous faire penser à une lésion organique; mais l'absence du signe de Babinsky a été pour nous d'une importance capitale et décisive.

S'il est avéré aujourd'hui que le clonisme du pied peut se rencontrer dans les névroses (hystérie, néurasthenie) il en diffère cependant par quelques caractères du clonisme apparaissant dans les maladies organiques. Le clonisme dans les névroses est formé par des secousses brèves et cessant rapidement, de plus il est intermittent, je veux dire, il

se manifeste à certains jours d'une façon accentuée et dans certains jours il est tout à fait léger.

Je rapporterai l'observation embarrassante d'un 3ème malade présentant quelques troubles nerveux néurastheniques, consistant en une faiblesse légère des membres inférieurs et une démarche légèrement anormale et chancelante. Chez ce malade, l'exagération de tous les reflexes est excessive et le clonisme du pied leger mais net; par contre le signe de Babinsky était très accentué.

Nous avions consideré ce patient comme un simple neurasthénique mais la présence du signe de Babinsky nous fait pencher, sans pouvoir toute fois l'affirmer, à une affection organique, peut-être même à une sclérose en plaques à forme fruste. Cependant ce malade que nous suivons depuis plus d'un an continue à se bien porter et n'a présenté depuis aucun d'autres troubles nerveux.

Nous nous demandons si on a jamais constaté le signe de Babinsky dans des affections autres que celles accompagnées des lésions du système pyramidal. En d'autres termes, ce signe a-t-il été constaté dans les névroses? Peut-il exister dans l'Hysterisme et dans la Neurasthenie? Voilà un point que je désirai soumettre aux membres du Congrès.

LE SIGNE DE BABINSKI COMME SIGNE PRECURSEUR DES LESIONS DU SYSTEME PYRAMIDAL

par Mr. PEPPO ACCHIOTE (Constantinople).

MESSIEURS:

Vous connaissez tous la valeur diagnostique du signe décrit par Babinsky et connu sous le nom de phénomène des orteils dans les affections du système pyramidal. Je ne vais pas entrer ici dans des détails. Ce que je vais faire ressortir ici, c'est son importance comme signe avant-coureur d'une lésion du système pyramidal.

Grâce à ce signe on peut prédire quelques heures, voire même quelques jours à l'avance, l'apparition d'une lésion définitive du système pyramidal.

Les exemples suivants feront ressortir bien ce que j'avance.

Dans un premier cas il s'agissait d'une femme nerveuse hystérique; elle présentait depuis quelque temps des phénomènes nerveux, elle accusait une faiblesse ou plutôt un fourmillement du bras et la jambe

à droite. Cette faiblesse et ces troubles nerveux étaient considerés comme des phénomènes hystériques et elle était soignée comme telle par mes confrères.

Cependant le signe de Babinsky me fit penser à une lésion future et prochaine du système pyramidal, ce qui me fit prendre quelques précautions que j'ai fait suivre à la malade, telles que le repos complet, l'application des sangsues derrière les apophyses mastoïdes, une forte derivation intestinale; j'ai fait abandonner les moyens antihystériques et le traitement hydrotérapique qu'on avait conseillé à cette malade.

En éffet dans l'espace de 5 à 6 jours l'hémiplégie s'établit définitivement, et le malade conserve encore aujourd'hui une hémiplégie des plus caractéristiques.

Dans une seconde observation il s'agissait d'un homme qui avait un ictus apopléctique d'une durée de 5 à 6 heures, causé par une forte congestion cérébrale; au reveil ce malade était bien, sauf un léger état vertigineux. Il n'accusait aucune faiblesse au membres. Ayant constaté le signe de Babinsky d'une façon manifeste du côte droit, j'ai pu prédire l'apparition d'une hémiplégie organique. En effet 2 jours après cet homme fut pris d'un nouvel ictus, léger cette fois, et l'hémiplégie s'établit définitivement, que le malade conserve encore aujourd'hui.

Dans une troisième observation, il s'agissait d'un homme de 60 ans qui a eu une congestion cérébrale intense avec délire et agitation. Le phénomène des orteils avait été nettement constaté; en même temps qu'une hémiplégie gauche d'une durée de 3 heures s'était déclarée.

Trois heures après, tout rentrait dans l'ordre et le signe du phénomène des orteils disparaissait également.

Dans les deux premières observations la présence du signe de Babinsky m'a été d'une grande utilité, sans ce signe on n'aurait pas pu prédire, je dirai même certifier, l'apparition d'une lésion définitive du système pyramidal.

Çeci a une grande importance non seulement au point de vue du diagnostic; mais surtout au point de vue du pronostic et du traitement.

Ce qui m'amène à conclure qu'il faudrait chez les personnes arterio-scléroses accusant quelque faiblesse aux membres ou un léger état vertigineux et chez les personnes disposées aux ictus apoplectiques, il faudrait, dis-je, toujours rechercher avec soin, le signe de Babinsky car il pourrait prédire quelques heures, voire même quelques jours à l'avance, l'apparition d'une lésion du système pyramidal.

RIGIDITE DE L'EPINE DORSALE

par M. le D. L. POUSSEP (St. Petersbourg).

N. Malgré les instances réitérées du Secrétariat Général, cette communication ne nous a pas été retournée, transcrite, pour son impression.

LA MEDECINE AU MUSEE DU PRADO

par Mr. HENRY MEIGE (Paris).

M. Henry Meige a fait une étude critique des tableaux du Musée du Prado, qui présentent un intérêt médical. Il s'est attaché à montrer comment les artistes, en copiant fidèlement la nature, ont parfois représenté avec exactitude des caractères pathologiques, qui peuvent permettre aux médecins de faire des diagnostics rétrospectifs.

Les œuvres de Velázquez fournissent une ample matière à ce genre de critique. Velázquez a fait le portrait d'un certain nombre de nains et de bouffons, où il est possible de reconnaître les traces d'affections morbides aujourd'hui bien connues; les uns sont des rachitiques, les autres des achondroplasiques. Il existe aussi des portraits d'idiots, où Velázquez a reproduit très exactement les stigmates physiques de l'idiotie et de la dégénérescence.

Un bouffon de Charles Quint, peint par Antonio Moro, est un type remarquable d'hémiplégique, dont la main droite est contracturée. L'auteur cite encore une naine obèse, de Carreno de Miranda, et un goîtreux de E. Marsh, un éléphantiasis du nez attribué à Holbein, rappelant le vieillard de Ghirlandajo, du Musée du Louvre.

Après les difformités, M. Henry Meige étudie les peintures représentant dos scènes médicales. Tout d'abord, le tableau de Murillo, de l'Académie Saint-Ferdinand, représentant la reine Sainte Elisabeth de Hongrie soignant les teigneux, où l'on voit plusieurs enfants dont les têtes sont couvertes de plaques teigneuses très fidèlement rendues. Viennent ensuite les opérations figurées par les peintres Flamands et Hollandais du XVe au XVIIe siècle, un arracheur de dents de Théodoro Rombouts, deux tableaux de Téniers le Jeune représentant une

opération sur la tête et une opération sur le pied. Enfin, deux curieuses peintures, l'une de Jérômo Bosch, l'autre de van Hemessem, représentant la supercherie chirurgicale connue sous le nom d'opération des «pierres de tête», dont M. Henry Meige a fait autrefois une étude documentée.

L'auteur, qui a poursuivi ses recherches dans toutes les collections d'Europe, établit des comparaisons entre les peintures du Prado et celles des autres galeries. Cette étude montre bien l'intérêt tout spécial que le médecin peut prendre à l'examen des œuvres d'art; elle montre, en outre, le parti que la critique d'art peut tirer des connaissances médicales. Elle conduit à cette conclusion, que les peintres les plus célèbres sont justement ceux qui ont reproduit le plus fidèlement la nature, même dans ses difformités.

LA DEGENERESCENCE DITE RETROGRADE OU DEGENERESCENCE WALLERIENNE INDIRECTE

Rapport de Mr. VAN GEHUCHTEN (de Louvain)

A la suite de nombreuses recherches expérimentales faites principalement sur les racines du deuxième nerf cervical du chat et du chien, Waller (1) formula en 1856 la proposition suivante: Quand on interrompt un cordon nerveux de façon à empêcher sa régénération, le bout périphérique, séparé de son centre trophique, dégénère, tandis que le bout central, resté en rapport avec ce centre, demeure normal.

Cette double proposition, l'une, positive, concernant la dégénéres cence des fibres du bout périphérique et l'autre, négative, concernant l'intégrité des fibres du bout central, vérifiée et confirmée par de nombreux expérimentateurs (Cl. Bernard, Milne-Edwards, Schiff, Bidder, Ranvier, Stténon, etc.) fut considérée comme étant d'une rigueur absolue et passa dans la science sous le nom de *loi de Waller* Cette loi a régné, sans contestation aucune, pendant une période de près de quarante ans.

La proposition positive contenue dans la loi de Waller est vraie d'une manière absolue. Toutes les recherches entreprises depuis bientôt un demi-siècle n'ont fait que la confirmer. Aussi est-elle devenue le point de départ d'une méthode nouvelle, la *méthode des dégénérescences secondaires*, applicable aussi bien au système nerveux de l'homme qu'à celui des animaux et qui a fait faire des progrès immenses à l'étude si intéressante et si importante des voies nerveuses dans l'axe cérébro-spinal, surtout depuis que la méthode de Marchi nous a permis de mettre en évidence les fibres dégénérées elles-mêmes quelque faible que soit leur nombre, et cela quelques jours à peine après leur interruption.

Il n'en est pas de même pour la proposition négative renfermée dans la loi de Waller. Depuis 1856 de nombreux faits sont venus démontrer que, contrairement à l'affirmation de Waller, le bout cen-

(1) Waller: «Nouvelle méthode anatomique pour l'investigatiou du système nerveux». Comptes rendus de l'Académie des Sciences. 1852.—«Expériences sur les sections du nerf». Gazette médicale. 1856.

tral d'un nerf interrompu en un point quelconque de son trajet, (nerfs périphériques aussi bien que faisceaux de fibres nerveuses entrant dans la constitution de l'axe cérébro-spinal), *peut* être le siège de modifications profondes, pouvant entraîner la disparition complète non seulement des fibres du bout central, mais encore des masses cellulaires qui leur donnent origine dans la substance grise centrale.

Pendant longtemps ces modifications du bout central n'ont guère été considérées comme devant constituer des faits en opposition avec la loi de Waller. On les prenait pour des phénomènes d'atrophie due à l'inactivité fonctionnelle des éléments du bout central. Tandis que la dégénérescence du bout périphérique est un phénomène actif, véritable désorganisation de tous les éléments constituants du nerf qui commence déjà à se manifester visiblement quelques jours après la rupture de ce dernier, dégénérescence facile à mettre en évidence avec la méthode de Marchi et qui conduit rapidement à sa disparition complète; les modifications du bout central étaient plutôt considérées comme un phénomène passif, phénomène d'atrophie survenant lentement dans les éléments nerveux, sans désagrégation aucune ni de la gaine de myéline, ni du cylindre-axe et n'entraînant qu'au bout d'un temps excessivement long soit, la diminution de volume des éléments nerveux, soit leur disparition lente et graduelle.

C'est seulement depuis une dizaine d'années, à la suite des recherches expérimentalas de Darkschewitsch et de Bregmann, que quelques voix isolées se sont fait entendre pour combattre la rectitude de la loi de Waller en montrant que la dégénérescence du bout central d'un nerf interrompu *peut* être une dégénérescence active, facile à mettre en évidence par la méthode de Marchi et identique en tous points à celle qui survient dans le bout périphérique. Ces voix n'ont guère trouvé d'écho et actuellement encore la loi de Waller paraît, aux yeux de la plupart des auteurs, comme inattaquable et inattaquée dans sa double proposition.

Le principe de la loi de Waller guide encore toutes les recherches expérimentales et toutes les observations anatomo-pathologiques, au point que l'application de la formule bien connue: toute fibre qui dégénère au-dessus du point lésé est une fibre ascendante et toute fibre qui dégénère en dessous du point lésé est une fibre descendante, est en quelque sorte la pierre fondamentale sur laquelle se trouve bâti tout l'édifice de nos connaissances actuelles concernant les voies nerveuses de l'axe cérebro-spinal.

Les recherches expérimentales que nous avons poursuivies pendant longtemps sur de nombreux animaux, et qui portent aussi bien sur

les nerfs périphériques que sur les fibres constituantes de la substance blanche de l'axe cérébro-spinal, nous ont démontré que *la loi de Waller est fausse dans sa proposition négative.* Les fibres du bout central d'un nerf interrompu subissent *souvent* des modifications profondes et rapides, identiques dans leurs caractères histologiques à celles qui surviennent dans les fibres du bout périphérique. Il résulte de là que, dans l'étude des dégénérescences secondaires faite avec la méthode de Marchi, nous devons être trés prudents et nous n'avons en aucune façon le droit d'affirmer, affirmation sur laquelle reposent la plupart des recherches expérimentales faites dans le cours de ces dix dernières années, qu'après la rupture d'une fibre nerveuse le sens de la dégénérescence indique le sens de l'activité fonctionnelle.

Les conclusions qui se dégagent de nos recherches expérimentales nous paraissent avoir une importance considérable non pas seulement au point de vue de la rectification à apporter à la loi de Waller, ni des précautions spéciales dont nous devons nous entourer dans l'étude des voies nerveuses au moyen de la méthode de Marchi, mais encore parce que nos recherches mettent en lumière le mécanisme simple et naturel de quelques-uns au moins des phénomènes que, dans ces derniers temps, à la suite de Klippel et Durante, les auteurs ont désignés improprement sous le nom de *dégénérescence rétrograde.* Elles montrent de plus que, convenablement appliquée, l'étude des dégénérescences dans le bout central d'un nerf interrompu peut devenir une méthode nouvelle d'investigation destinée à éclairer bien des points encore obscurs de l'anatomie du système nerveux.

C'est à cause de l'importance même de ces conclusions et pour donner aux faits que nous avons observés toute la valeur que nous croyons devoir leur attribuer que nous avons jugé utile de tracer, dans ses grandes lignes, l'histoire complète de toutes les modifications qui, depuis bientôt cinquante ans, ont été signalées dans le bout central d'un nerf interrompu. Cette longue historique, quelque fastidieuse qu'elle puisse paraître, nous semble indispensable à la saine appréciation des faits nouveaux que nous croyons avoir observés et des conclusions qui, à notre avis, en découlent naturellement.

HISTORIQUE

Les recherches des auteurs ont porté successivement:

1) Sur la moelle épinière d'anciens amputés.

2) Sur la moelle épinière de différents animaux après neurotomie et mélectomie expérimentales.

3) Sur les racines du deuxième nerf cervical.
4) Sur le nerf pneumogastrique.
5) Sur certains nerfs moteurs craniens.
6) Sur les fibres du système nerveux central soit chez l'homme dans les cas de lésion pathologique, soit chez les animaux après lésion expérimentale.

I.—Moelle épinière des amputés.

Les premiers faits en opposition avec la proposition négative de la loi de Waller ont été signalées par les nombreux auteurs qui, depuis Bérard, Vulpian et Dickinson, ont examiné la moelle épinière d'anciens amputés. Ces recherches ont établi que des modifications profondes peuvent survenir non seulement dans le bout central de nerfs sectionés, mais aussi dans les racines antérieures et postérieures de ces nerfs et même dans la substances blanche et la substance grise de la moelle épinière sur une hauteur plus on moins considérable. Les résultats obtenus par les différents auteurs sont cependant loin d'être concordants, non seulement pour ce qui concerne la nature atrophique ou dégénérative de ces modifications, mais encore et surtout pour ce qui concerne leur siège et leur étendue. Pour les uns (Vulpian, Dejerine et Mayer) les modificatios sont purement médullaires avec intégrité des nerfs périphériques. Pour les autres (Bérard, Dickinson, Genzmer, Hayem, Hayem et Gilbert, Leyden, Edinger, Krause et Frieldlander, Reynolds, Marie, Marinesco, etc.) les modifications intéressent à la fois la moelle et les nerfs périphériques et cela depuis le point lésé jusqu'aux racines. Mais ici encore il y a des divergences assez profondes en ce sens que, pour Bérard et Genzmer, l'atrophie intéresse les racines antérieures; pour Dickinson, Krause et Frieldlander, elle se localise dans les racines postérieures; tandis que les autres ont vu l'atrophie envahir à la fois les racines antérieures et postérieurs.

L'accord, n'est pas plus parfait pour ce qui concerne la localisation des lésions médullaires dont l'existence est admise par presque tous les auteurs. Les uns localisent ces lésions uniquement dans la substance blanche (Clarke), les autres uniquement dans la substance grise (Genzmer), la plupart trouvent des lésions dans les deux substances à la fois.

Parmi les auteurs qui admettent une lésion de la substance blanche, il y en a qui la localisent exclusivement dans le cordon postérieur, d'autres dans le cordon antéro-latéral, d'autres encore la décrivent comme intéressant la substance blanche des trois cordons. De même

parmi ceux qui ont observé une modification de la substance grise, les uns admettent une simple atrophie soit de la corne postérieure, soit de la corne antérieure avec intégrité des cellules nerveuses; les autres ont observé une diminution plus ou moins considérable dans le nombre des cellules nerveuses de la corne antérieure soit du groupe antero-latéral, soit du groupe postéro-latéral, soit du groupe intérmédiaire, soit de tous les groupes indistinctement. Cette atrophie envahirait même la colonne de Clarke.

D'après Grigoriew (1) cette extrème variabilité des lésions observées serait en rapport étroit avec la durée de survie. Chez un amputé de la cuisse mort un an après l'opération, la moelle était normale. Dans quatre autre cas plus anciens il y avait de l'atrophie manifeste. Cette atrophie débute dans les racines et les cordons postérieurs pour envahir lentement et graduellement la corne grise postérieure, puis la corne antérieure.

Dans un travail tout récent fait sous la direction de P. Marie, Switalski (2) relate les modifications qu'il a pu observer dans cinq moelles d'amputés. Il a trouvé d'une façon constante une atrophie de la moelle du côté correspondant à l'amputation, atrophie qui intésesse aussi bien la substance grise que la substance blanche. A côté de l'atrophie il a constaté, dans les cordons postérieurs, la disparition d'un certain nombre des fibres nerveuses en sorte qu'il n'y a pas seulement atrophie simple, mais véritable sclérose, conformément à des observations antérieures de P. Marie. La substance grise est, *in toto*, le siège d'une atrophie prédominant cependant dans la colonne de Clarke et dans la corne grise postérieure.

Quant à la nature du processus, la plupart des auteurs le considèrent comme une *atrophie* lente due à la mise en non activité des parties atteintes. Cette atrophie serait due à une simple diminution de volume des éléments, ou bien encore aux deux phénomènes à la fois. Quelques auteurs signalent même une augmentation de tissu conjontif dans le cordon postérieur de sorte que, au lieu d'une atrophie simple, il y aurait de la véritable *sclérose* (Clarke, P. Marie, Switalski).

Malgré ces résultats positifs obtenus d'une façon presque constante par de nombreux auteurs, il n'est venu à l'esprit de personne de trouver dans ces faits des preuves contre la rectitude de la loi de Waller.

(1) Grigoriew: «Zur Kenntnis der Veränderungen des Rückenmarkes beim Menschen nach Extremitätenamputationen», Zeitschrift für Heilkunde, Bd. XV.

(2) Switalski: «Les lésions de la moelle épinière chez les amputés»: Revue Neurologique, p. 85-90, 1901.

Dickinson (1) pense que l'atrophie des faisceaux postérieurs de la moelle est due à un travail de *dégénération ascendante* ayant pour cause l'inertie fonctionnelle des nerfs coupés, travail morbide partant du lieu de la section pour envahir de proche en proche le bout supé rieur des nerfs, les faisceaux médullaires postérieurs, puis la substance grise elle-même.

Vulpian (2) n'a jamais trouvé d'altérations dans le bout central des nerfs sectionnés. Il considère ces altérations comme exceptiennelles. Il est plutôt enclin à admettre que «le repos fonctionnel absolu d'un nerf détérmine, dans la région de la substance grise qui est son point d'origine ou de terminaison, une modification physiologique, suivie après un certain temps d'une modification histologique, laquelle serait le point de départ de l'atrophie des diverses parties de la moelle»; ou bien encore «que l'irritation qui a lieu dans les nerfs coupés pendant le travail de réparation et quelquefois durant une longue période de temps, serait le point de départ, par son retentissement sur la moelle épinière, de tout le travail d'atrophie de cet organe.»

Hayem et Gilbert (3) parlent également d'une *irritation* partant de la surface de section du nerf et se transmettant jusqu'à la moell par les cylindre-axes qui persistent dans le bout central.

Leyden (4) admet une propagation de l'*inflammation* du point sectionné a la substance grise médullaire.

Krause, Marie et Marinesco considèrent l'atrophie de la moelle comme la conséquence d'une *dégénérescence ascendante*. En examinant le bout central des nerfs sectionnés dans des cas d'amputation récente, Krause (5) y trouve des fibres atteintes de dégénérescence en tous points identique à la dégénérescence wallérienne du bout périphérique. Mais loin de combattre la loi de Waller, il s'appuie sur

---

(1) Dickinson: «On the changes in the nervous systeme which follow the amputations of limbs» Journal of Anat. and phys., 1868.

(2) Vulpian, «Influence de l'abolition des fonctions des nerfs sur les régions de la moelle épiniére qui leur donne origine. Examen de la moelle d'anciens amputés». Arch. de Physiol., 1868.

«Modifications qui se produisent dans la moelle sous l'influence de la sections des nerfs d'un membre». Archiv. de Physiol. 1809.

«Sur la modification anatomique de la moelle à la suite de l'ampuntation d'un membre ou de la section des nerfs de ce membre». Bull. de l'Acad. des Sciences, 1872.

(3) Hayem et Gilbert: «Note sur les modifications du système nerveux chez un amputé». Archives de Physiologie, 1884.

(4) Leyden: «Klinik der Rückenmarkskrankheiten», Berlin. 1875.

(5) Krause: «Ueber aufsteigende und absteigende Nervendegeneration. Archiv fur Anat. und Phys., Phys. Abth., 1887, p. 370-376.

cette dernière «dessen Richtigkeit unantasbar ist» pour admettre que ces fibres én dégénérescence sont exclusivement des fibres *sensitives*, qu'elles ne peuvent avoir leur centre trophique dans les ganglions spinaux mais bien dans les corpuscles du tact.

Marie (1) estime que les notions actuelles sur la dégénération wallérienne son insuffisantes pour expliquer toutes les divergences qui existent entre les auteurs. «Il y a là une inconnue que l'avenir dégagera». Il fait remaquer que toutes les auptosies sur lesquelles est basée l'histoire de ces dégénérations proviennent de malades amputés à une époque à laquelle l'usage des méthodes antiséptiques était à peu près inconnue; ces amputés avaient vu leur moignon n'arriver à se cicatriser qu'après une suppuration plus ou moins longue. Ausssi se demande-t-il si l'on n'aurait pas affaire à une altération des fibres nerveuses d'*origine septique*. Pour lui, deux processns concourent à produire les lésions observées dans le bout central du nerf amputé; l'un est un processus de *dégénération wallérienne ascendante* et porte exclusivement sur les fibres dont la cellule nerveuse d'origine est située à la périphérie; l'autre est un processus d *névrite ascendante*.

Marinesco (2) n'a trouvé, dans la moelle d'anciens amputés, que de l'atrophie. Celle-ci intéressait les racines, les cornes et les cordons postérieurs, la colonne de Clarke, le groupe postéro-latéral de la corne antérieure et les racines antérieures conformément aux observation de Friedlander et Krause chez l'homme et de Homen chez les animaux. Pour expliquer cette atrophie, il a recours à des recherches expérimentales faites sur le nerf vague du lapin sur lesquelles il a trouvé une véritable dégénérescence dans les fibres du bout central.

Il s'appuie la-dessus pour admettre que, chez les amputés, les modifications du bout central sont identiques, dans leur essence, à celles qui caractérisent la *dégénérescence wallérienne*. Cette dégénérescence y survient plus tardivement que dans le bout périphérique. La cause de cette dégénérescence doit être cherchée dans la suspension de l'activité trophique que les cellules nerveuses exercent sur les fibres nerveuses, action trophique qui ne s'exerce pas automatiquement mais qui n'est qu'un mode de réaction de la cellule nerveuse vis-à-vis des excitations périphériques. En ce qui concerne la rapidité avec laquelle cette dégénérescence survient, on observe des différences assez sensibles d'après l'âge de l'animal.

---

(1) Marie: «Leçons sur les maladies de la moelle». Paris. 1892.
(2) Marinesco: «Ueber Veränderung der Nerven und des Rückenmarks nach Amputationen; ein Beitrag zur Nerventrophik». Neurolog. Centralbl. 1892.

Chez le nouveau-né la fonction et la nutrition sont unies si intimement qu'après section d'un nerf, non seulement le bout central mais aussi le centre trophique s'atrophie rapidement. L'animal est arrêté dans son développement, il se forme de l'agénésie.

Chez l'animal jeune les cellules ganglionnaires ont déjà acquis un peu d'exercice, elles sont devenues plus résistantes et quand leur connexion avec la périphérie est interrompue elles, s'en ressentent beaucoup plus tard que les fibres nerveuses.

Il en est tout autrement chez l'adulte. C'est seulement plusieurs mois après la section du nerf que des modifications surviennent dans le bout central.

Wille (1) admet que l'ensemble des modifications, que l'on constate depuis le point sectionné jusque dans la moelle allongée, sont dues à un seul et même processus: un processus à la fois dégénératif et atrophique du neurone sensible, la dégénérescence secondaire étant, au moins pour les cordons postérieurs, le processus primaire et l'atrophie le processus consécutif. Pour expliquer ce processus il admet la théorie de Marinesco sur la fonction tropihque des cellules nerveuses avec cette différence que, pour les cellules motrices, il considère leur atrophie comme la conséquence directe de la lésion périphérique des fibres *motrices*.

A côté de ces recherches qui ont abouti à des résultats positifs, il convient de signaler celles de Friedreich (2) (amputé du membre supérieur droit et survie de 12 ans), de Dreschfeld (3) (amputation d'un membre inférieur, survie de 15 ans) et de Redlich (4) (huit cas d'amputation avec une survie de trois semaines à trois ans), dans lesquelles l'examen de la moelle n'a rien relevé d'anormal.

II.—Recherches expérimentales sur les nerf spinaux.

En présence de ces résultats si variables, les auteurs ont essayé d'élucider le problème par la voie expérimentale.

Vulpian (5) a examiné la moelle épinière de plusieurs lapins âgés d'un mois et d'un lapin adulte auxquels Philipeaux avait sectionné

(1) Wille: «Ueber secundäre Veränderungen im Rückenmark nach Oberarmexarticulationen». Archiv f. Psychiatrie. Bd. 27, p. 554 585, 1895.
(2) Friedreich: «Ueber progressive Muskelatrophie», Berlin, 1873.
(3) Dreschfeld: «On the changes in the spinal cord after amputation of limbs». Journal of Anat. and physiology, 1879 (cité d'après Homen).
(4) Redlich: «Zur Kenntniss der Rückenmarksveränderungen nach Amputationen». Centralbl. für Nervenheilkunde, 1893 (Revue neurologique, 1893 p. 158.)
(5) Vulpian: «Loc. cit., 1869.

le nerf sciatique et le nerf crural. Après une survie de 34 á 50 jours pour le dernier il a trouvé une diminution de volume du cordon postérieur et de la corne postérieure du côté correspondant sans modifications histologiques appréciables. La diminution de volume du cordon postérieur devait être attribuée «au retrait des fibres nerveuses sur elles-mêmes: beaucoup d'entre elles ont, en effet, dit Vulpian, un diamètre plus petit que celui des fibres du faisceau du côté opposé.»

Hayem (1) a repris ces expériences sur deux lapins âgés d'un mois en leur arrachant le nerf sciatique d'un côté. Après une survie de deux mois il a trouvé, au niveau des nerfs arrachés, une atrophie de la moitié correspondante de la moelle, atrophie principalement accusée dans le voisinage de l'entrée des racines et prédominant dans le cordon et la corne postérieures. Les cellules de la corne antérieure étaient atrophiées et diminuées en nombre surtout celles du groupe postéro-latéral. Il y avait également diminution de volume des racines antérieures.

Mayser (2) a étudié les coupes de la moelle épinière de deux lapins auxquels, peu de temps après la naissance, V. Gudden avait, chez l'un, sectionné le nerf sciatique après sa sortie du grand trou ischiatique; chec l'autre, arraché le même nerf avec les ganglions spinaux correspondants. Ces animaux avaient été tués après une survie plus ou mois longue. Il trouva, dans le renflement lombaire, à côté d'une atrophie notable du cordon postérieur, une diminution très nette dans le volume de la substance grise, surtout de la corne postérieure.

Le cordon latéral était également atrophié dans sa moitié postérieure. A côté de cela il y avait en même temps une atrophie et une diminution sensible dans le nombre des cellules nerveuses de la corne antérieure, principalement de celles du groupe postéro-latéral, groupe qui faisait complètement défaut dans la partie inférieure du renflement lombaire.

Erlitzky (3) a opéré sur des chiens. Il a amputé une patte à quatre chiens âgés de trois semaines et à deux chiens adultes. Quatre de ces chiens ont survécu deux ans. Dans la moelle épinière d'un des chiens adultes il n'y a avait pas de modifications. Dans celle des chiens opérés à l'âge de trois semaines il trouva une diminution de volume

(1) Hayem: «Des altérations de la moelle consécutives à l'arrachement du nerf sciatique chez le lapin». Archives de phys. normale et pathologique, t. V. p. 504-510, 1873.
(2) Mayser: «Experimenteller Beitrag sur Kenntniss des Baues des Kaninchen Rückenmarkes». Archiv f. Psychtatrie, Bd. VII, p. 539, 1877.
(3) Erlitzky: «Ueber die Veränderungen im Rückenmarke bei amputirten Hunden. Petersb. medic. Wochenschrift, 1880. (Cité d'apres Homen).

des racines, du cordon et de la corne postérieurs en même temps qu une diminution dans le nombre et le volume des cellules de la corne antérieure. Les racines antérieures étaient intactes. La diminution de volume des différentes parties de la moelle en imposa commé étant la conséquence d'une simple atrophie des éléments nerveux.

Les recherches expérimentales de Homen (1) ont porté sur environ quarante chiens d'âge différent auxquels il a pratiqué des désarticulations à différent niveaux et qu'il a laissé survivre de un, deux ou trois jours jusque cinq ans. Les différentes parties du système nerveux central ont été fixées dans le liquide de Muller et colorées par la méthode de Weigert. Les lésions les plus profondes ont été observées sur des chiens opérés à l'âge de une ou de deux semaines et ayant survécu au moins sept ou huit mois. Ces modifications consistent dans une atrophie du cordon postérieur allant jusqu'à la réduction de la moitié de son volume normal, due principalement à l'atrophie et à la disparition des fibres nerveuses de la zone radiculaire, sans modification aucune dans la structure, et dans une dimiпution de volume de la corne postérieure intéressant surtout la partie latérale. Dans la corne antérieure Homen signale une légère atrophie et une diminution dans le nombre des cellules nerveuses intéressant principalement, mais pas exclusivement, le groupe postéro-latéral.

Les faisceaux radiculaires antérieurs paraissent plus fins dans leur trajet intramédullaire.

Dans les nerfs périphériques Homen a constaté l'existence d'un grand nombre de fibres fines à côté de la disparition d'un certain nombre de fibres normales. Ces modifications existent sur toute la longueur du nerf; elles sont plus accentuées dans le voisinage du point sectionné et diminuent lentement vers le centre où cependant plus de la moitié des fibres paraissent modifiées. D'après Homen, ces modifications dans les nerfs périphériques intéresseraient presque exclusivement les fibres *sensitives*.

L'intensité de toutes ces lésions varie cependant sensiblement avec l'âge de l'animal au moment de l'opération. Elles sont le moins profondes chez les animaux adultes. Un ou deux ans après la désarticulation du membre inférieur faite chez l'adulte, l'atrophie des cordons postérieurs atteint à peine le quart ou les deux cinquièmes de la masse totale et celle de la corne antérieure est tout à fait insignifiante, alors que la même opération faite chez l'animal jeune entraine, après lamême survie, une atrophie de près de la moitié du cordon

(1) Homen: «Veränderungen des Nervensystems nach Amputationen». Beitrage, Bd. VIII, p. 304-851, 1890.

postérieur et une réduction dans le nombre des cellules de la corne antérieure pouvant correspondre au cinquième ou au quart du nombre total.

Pour étudier les modifications à leur début, Homen a tué certains de ses chiens à des époques plus ou moins rapprochées de l'opération (1, 2 ou 3 jours, une semaine, etc.) Il n'a jamais observé la moindre différence qualitative entre les éléments nerveux de la moelle du côté opéré et ceux du côté sain. Dans les nerfs périphériques il a noté, chez les animaux jeunes, de légères modifications: nombre relativement plus considérable de très fines fibres nerveuses, fibres dont la gaine de myéline se colore moins intensément par la méthode de Weigert, quelques rares fibres présentant de la fragmentation de la myéline et quelquefois aussi du cylindre-axe. Ces modifications existent sur toute la longueur du nerf, mais il est difficile de juger ces petites différences.

Homen conclut de ses nombreuses recherches que:

Dans la *moelle* des amputés, il s'agit uniquement d'une simple *atrophie*, sans modifications véritables de la structure histologique. Cette atrophie est de nature complètement différente de la véritable dégénérescence secondaire.

Dans les *nerfs périphériques* il s'agit également d'une simple *atrophie* combinée avec un processus dégénératif qui a des analogies avec la dégénérescence wallérienne, mais qui en diffère par l'intensité et par l'étendue.

Pour Homen la cause de ces modifications doit être cherchée dans la mise hors de fonction combinée, surtout chez les animaux opérés jeunes, avec un certain degré d'*arrêt dans le développement*. Le fait que l'altération se localise dans les nerfs sensibles doit être attribué à la conduction centripète et à la suppression des excitations périphériques. Le fait qu'une partie seulement des fibres sensibles est altérée doit être attribué ou à une résistance individuelle variable, ou à une cause inconnue. L'altération moins prononcée des racines postérieures parle en faveur de l'existence de fibres directes traversant le ganglion spinal sans s'y mettre en connexion avec une cellule nerveuse. Ce sont ces mêmes fibres qui amènent l'atrophie des cordons postérieurs.

Quant à l'atrophie de la corne antérieure, elle doit être attribué, au moins en partie, à ses connexions avec les voies sensibles et viendrait à l'appui de l'opinion de v. Gudden d'après laquelle l'atrophie passe toujours de la fibre nerveuse à la cellule nerveuse en suivant le sens de la conduction physiologique et jamais le sens contraire.

En 1891, Vanlair (1) a repris les mêmes recherches expérimentales sur le chien adulte. Il a eu recours soit à la simple section du nerf sciatique, soit à l'amputation d'une patte postérieure à des niveaux variables.

A la suite de la simple section du nerf suivie ou non de régénération, il a observé, dans le *bout central*, l'existence d'un nombre relativement considérable de fibres grêles fasciculées. Dans la moelle épinière, la section unilatérale du nerf n'a entrainé aucun changement de structure appréciable. La section bilatérale a été suivie, dans deux cas seulement, d'une altération de la substance médullaire: dégénérescence du groupe cellulaire central de la corne antérieure et réduction de volume de la corne postérieure dans un cas; atrophie cellulaire sans dégénérescence de la corne postérieure et diminution de volume du cordon postérieur dans l'autre cas.

Les résultats obtenus par Vanlair se distinguent donc par leur manque de constance et d'uniformité. De plus, la lésion médullaire, quand elle existait, était toujours *unilatérale* alors que les *deux* nerfs sciatiques avaient été coupés.

Les animaux *amputés* ont survécu de deux à quinze mois. Sur les neuf amputations, Vanlair n'a trouvé qu'un seul animal chez lequel la moelle épinière s'est trouvée compromise du côté correspondant à l'opération, et encore, dit ce savant, «s'agissait-il d'une atrophie purement numérique exclusivement localisée dans une partie de la région dorsale. Loin donc de considérer l'apparition d'une atrophie névro-médullaire comme une conséquence inéluctable des amputations, conclut-il, on doit y voir, au contraire, une sorte de complication *accidentelle* de l'opération, au moins, quand celle-ci est pratiquée chez un animal sain et adulte et cela quels que soient le niveau de la section et la durée du délait séparant l'opération de l'autopsie.»

Mettant ces faits négatifs en opposition avec les faits positifs obtenus chez l'homme et chez les animaux par de nombreux auteurs, Vanlair cherche à expliquer l'inconstance des lésions et leur étonnante variabilité de forme et de siège. A cet effet, il se demande s'il n'y aurait pas à compter avec des erreurs d'observation consistant à prendre pour des déformations acquises de simples asymétries congénitales, ou bien à prendre pour de l'atrophie, la gracilité normale de certaines fibres. Il insiste sur la difficulté qu'il y a à reconnaître l'atrophie des cellules ganglionnaires de même que celle des racines et arrive à se

(1) Vanlair: «Altérations nerveuses centripètes consécutives à la névrotomie et aux amputations des membres.» Bull. de l'Acad. royale de médecine de Belgique, 1891.

poser la question si, dans les nerfs, on n'a pas pris des fibres en prolifération pour des fibres atrophiques, des filets récurrents pour des filets directs et même des tubes en dégénérescence physiologique pour des éléments frappés de mort par le fait de leur section. Il se demande encore si aucune confusion ne s'est établie entre les effets de l'amputation et ceux de la lésion qui a motivé l'intervention chirurgicale de telle sorte que, dans la plupart des cas d'amputation, on serait en droit de se demander si ce n'est pas à la lésion primitive qu'il convient de rapporter le développement de l'atrophie. A côté de tout cela, il y aurait encore lieu de tenir compte de l'âge du sujet et du laps de temps écoulé entre le jour de l'amputation et celui de l'examen.

Les facteurs qui interviennent dans le développement de la lésion névro-médullaire seraient donc éminemment variables d'un sujet à l'autre et permettraient de comprendre la variété et l'inconstance des lésions.

Il ressort de toutes ces considérations, conclut Vanlair, que les lois qui président au développement et à la systématisation des réactions centrales sont encore très imparfaitement connues. Les seules règles que l'on soit plus ou moins autorisé à formuler sont les suivantes:

1) A la suite d'une amputation ou même d'une simple névrotomie il se produit constamment, dans le bout central du nerf, une multiplication de fibres grêles, multiplication qui doit vraisemblablement être rattachée à une prolifération des tubes nerveux préexistants.

2) L'altération des racines et de la moelle est inconstante et variable dans sa forme. Lorsqu'elle existe, la lésion médullaire paraît être constituée tantôt par de l'atrophie pure, tantôt par une véritable dégénérescence. Elle occupe de préférence la masse grise et se localise plus spécialement dans la corne antérieure.

3) La lésion spinale augmente avec le temps et diminue avec l'âge du sujet. C'est pour ce dernier motif que les animaux adultes échappent pour la plupart aux conséquences de l'amputation unilatérale.

4) Les altérations centrales observées chez l'homme à la suite de mélectomies doivent être attribuées, en partie du moins, à l'affection chirurgicale qui a nécessité l'amputation plutôt qu'à l'ablation même du membre.

Tout récemment Knape (1) a encore une fois repris les mêmes recherches sous la direction de Homen. Il a opéré trois chiens âgés d'une semaine et deux autres chiens âgés de un mois et leur a réséqué,

(1) Knape: «Ueber die Veränderungen im Rückenmark nach Resection einiger spinaler Nerven der vorderen Extremität.» Zieglers's Beiträge 1901, p. 251-295.

vers la partie moyenne du bras, un des trois nerfs: cubital, radial ou médian. Après une survie de 2 à 5 ans, il a trouvé une diminution de volume du cordon postérieur et une atrophie de la substance grise diminuant rapidement de la corne postérieure vers la corne antérieure. Dans cette dernière il y avait diminution du nombre des cellules nerveuses, accompagnée d'une diminution dans le nombre des fibres nerveuses des racines antérieures. Il n'a jamais trouvé la moindre trace d'un processus dégénératif: «keine Gliawucherung, keine Körnchenzellen, keine Kernanhäufung, nur ein einfacher Schwund in sonst normalem Gewebe. Ob dabei die atrophirten Elemente total verschwunden waren, oder ob nur ihre Grösse vermindert war, ist schwer zu entscheiden; wahrscheinlich sind beide Processe gleichzeitig vorsichgegangen.»

Les résultats de ces multiples recherches expérimentales sont donc parfaitement concordants, si nous faisons abstraction des recherches de Hayem et de Mayser qui ont eu recours à l'*arrachement du nerf* pour ne tenir compte que des résultats obtenus à la suite de *sections* ou de *résections* nerveuses. Erlitzky et Vanlair ont opéré sur des chiens *adultes* et n'ont pas trouvé de lésions médullaires, Erlitsky, Homen et Knape, en opérant sur des chiens *jeunes*, signalent des lésions manifestes prédominant dans le système sensitif direct de la moelle (cordon et corne postérieurs) et n'intéressant que faiblement les éléments nerveux de la corne et des racines antérieures. Ces modifications médullaires consistent uniquement dans l'*atrophie* des éléments nerveux sans trace aucune de dégénérescence secondaire; sous ce rapport les recherches expérimentales confirment pleinement les résultats obtenus par le plus grand nombre des anatomo-pathologistes dans l'étude des moelles d'anciens amputés.

Mais toutes ces recherches ont le double défaut d'avoir été exécutées avec la méthode de Weigert et d'avoir porté sur des animaux ayant longtemps survécu à la section nerveuse. La méthode de Weigert est, en effet, peu appropriée à mettre en évidence les fibres *altérées* ou *en dégénérescence*; elle ne permet que de constater, par comparaison avec le côté sain, le résultat final des modifications médullaires, la fin du processus pathologique et encore faut-il que ce processus ait intéressé un nombre assez considérable de fibres nerveuses pour amener une atrophie ou une sclérose facile à reconnaître. La longue survie des animaux nous met dans l'impossibilité de juger de la nature même du processus qui a entraîné ou l'atrophie ou la sclérose.

C'est ce que les auteurs ont compris; aussi à partir de l'année 1992,

grâce surtout à l'introduction dans la technique microscopique de la méthode de Marchi permettant de mettre en relief la fibre elle-même en dégénérescence, voit-on les observations se porter sur des animaux qui n'ont survécu que des jours ou des semaines à la section expérimentale de l'un ou l'autre nerf.

Singer et Munzer (1) opèrent sur des lapins. Ils sectionnent le nerf sciatique à sa sortie du bassin. Après une survie de plusieurs semaines, ils n'ont jamais trouvé «weder am centralen Nervenstumpfe, noch an den hierzu gehörigen hintern Wurzeln eine wirkliche echte Degeneration.» Quand la survie était assez longue, il y avait diminution de volume du cordon postérieur. «Worauf diese übrigens lange bekannte Erscheinung beruht ist uns nichtbekannt. Mit der echten Waller'sche Degeneration hat sie entschieden nichts zu thun, denn sie ist schon nach vier Wochen deutlich erkennbar, in einer Zeit also, wo die echte Waller'sche Degeneration noch nicht spurlos abgelaufen ist.»

Darkschewitsch (2) a opéré sur des cobayes. Il a lié le nerf sciatique à la partie supérieure de la cuisse, ou bien réséqué une partie du nerf. Après une survie de six semaines la méthode de Marchi lui révèle l'existence d'une certaine dégénérescence dans le cordon postérieur et dans les racines antérieures de la moelle sacrée pendant leur trajet intramédullaire. Il conclut de ses recherches que l'interruption d'un nerf mixte, faite de façon à empêcher la régénération des fibres nerveuses, entraîne des modifications aussi bien dans les fibres du bout central que dans les cellules qui leur donnent origine.

Moschaew (3) a posé une ligature sur le nerf sciatique de lapins. Trois semaines après l'opération il trouve une dégénérescence complète du bout périphérique. Quant au bout central, il y signale des modifications ascendantes remontant jusque dans les racines antérieures et postérieures et consistant uniquement dans les premiers stades de la fragmentation de la myéline avec conservation des cylindre-axes.

Redlich (4) a amputé une cuisse à six jeunes cobayes dont deux

(1) Singer et Munzer: «Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems. Denkschr. d. Akad. der Wiss. zu Wien, Bd. 57, 1895.

(2) Darkschewitsch: «Ueber die Veräanderungen im centralen Stumpf eines motorischen Nerven bei Verletzung eines peripherischen Abschnittes.» Neurolog. Centralbl., 1892, p. 490.

(3) Moschaew: Zur Frage über ascendirende Veränderungen im Rückenmarke nach Läsion einer peripheren Theile.» Soc. de Neuropatholog. et de Psych. de Kasan, 1893. (Neurolog. Centralbl., p. 756, 1893).

(4) Redlich: «Zur Kenntniss der Rückenmarksveränderungen nach Amputationen.» Centralbl. für Nervenheilkunde, 1893 (Revue neurologique, 1893, p. 158).

nouveau-nés, et les a laissé survivre de 17 à 76 jours. Après 17 jours la méthode de Marchi lui montre l'existence de points noirs (indice de dégénérescence) dans un grand nombre de fibres radiculaires antérieures des deux côtés de la moelle. Les racines postérieures sont intactes.

Après une survie de 36 à 76 jours, il trouve de nombreux points noirs dans les racines et les cordons postérieurs; cette dégénérescence est cependant plus intense dans les racines antérieures.

En rapprochant ces résultats positifs des résultats négatifs obtenus chez l'homme, Redlich conclut que les amputations peuvent produire deux ordres de dégénération: d'une part une véritable dégénération survenant immédiatement après l'amputation, surtout localisée dans les parties motrices, et d'autre part un amoindrissement et une atrophie survenant au bout de plusieurs années dans la moitié correspondante de la moelle.

III.—Recherches sur les racines du deuxième nerf cervical.

A côté de ces recherches anatomo-pathologiques et expérimentales faites sur les nerfs des membres, quelques auteurs ont repris directement les recherches expérimentales de Waller.

Après arrachement du deuxième nerf cervical chez le lapin, Vejas (1) a constaté la disparition complète des fibres radiculaires antérieures et postérieures en connexion avec la moelle épinière.

Après section de la racine postérieure seule, il constate la disparition des fibres du bout attenant au ganglion alors que le ganglion lui-même reste normal.

Après arrachement du nerf mixte au delà du ganglion il constate la dégénérescence de ce dernier.

Malgré ces résultats en opposition avec la loi de Waller, Vejas n'attaque cependant pas la rectitude de cette dernière, mais il s'appuie sur cette loi pour admettre: 1°) que les cellules des ganglions spinaux sont des cellules unipolaires dont le prolongement uuique se continue avec une fibre nerveuse périphérique; 2°) que le ganglion spinal est le centre trophique non pas des fibres de la racine postérieure, mais uniquement du nerf sensible périphérique.

Ces expériences ont été reprises par Joseph (2) et ont porté sur le deuxième nerf cervical du chat.

(1) Vejas: «Ein Beitrag zur Anatomie und Physiologie der Spinalganglien» Munchen, 183.

(2) Max Joseph: «Zur Physiologie der Spinalganglien». Archiv f. Anat. und Phys., p. 296-315, 1887.

Après *section* de la racine antérieure, cet auteur a observé la dégénérescence du bout périphérique avec intégrité des fibres du bout central. Les faits contraires obtenus par Vejas seraient dûs, d'après Joseph, à l'arrachement lui-même qui peut entraîner souvent des lésions plus étendues que celles que l'on désire obtenir. Si Vejas n'a plus trouvé de bout central aux racines antérieures, c'est probablement que ces bouts avaient été arrachés également.

La section de la racine postérieure détermine une dégénérescence presque totale du bout médullaire; on y trouve cependant quelques fibres saines. Le bout ganglionnaire de la racine de même que le ganglion et le nerf périphérique restent normaux, à l'exception d'un petit nombre de fibres qui sont dégénérées.

Après section du nerf périphérique Joseph a toujours observé, six à huit semaines après l'opération, une dégénérescence partielle des fibres nerveuses du ganglion et de la racine postérieure.

L'auteur ne considère pas les résultats de ses recherches comme étant en opposition avec la loi de Waller. Bien au contraire, il admet la rectitude de cette dernière et se base sur elle pour conclure à l'existence, dans les racines postérieures de fibres nerveuses ayant leur centre trophique dans la substance grise de la moelle.

Les résultats de ces recherches ont été confirmés tard par Kahler (1) et surtout par Singer et Munzer (2) opérant sur les racines postérieures des nerfs lombaires et sacrés chez des chats et des chiens adultes.

IV.—Recherches sur le nerf pneumogastrique.

Gad (3) et Joseph (4) ont fait des recherches expérimentales sur le nerf vague du lapin. Ils ont d'abord signalé (3) que, après section de ce nerf au-delà du ganglion noueux, ils ont vu survenir la dégénérescence complète des fibres du bout périphérique alors que toute les fibres du bout central restaient normales.

Deux ans plus tard, 1889, ils ont fait connaître les résultats de nouvelles recherches.

---

(1) Kahler: «Ueber die Unheilbarkeit gewisser Rückenmarkserkrankungen». Prager med. Wochenschrift, 1884. (Cité d'après Singer et Munzer).

(2) Singer et Munzer: «Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems» Denkschr. der Kais. Akad. d. Wiss. zu Wien, Bd. 57, 1895.

(3) Gad: «Anatomie und Physiologie der Spinalganglien». Archiv. für Anat. und Phys., Phys. Abth., p. 570, 1887.

(4) Gad et Joseph: «Ueber die Beziehungen der Nervenfasern zu den Nervenzellen in den Spinalganglien». Archiv für Anat. und Phys., Phys. Abth., p. 199 238, 1889.

Après excision d'une petite partie du nerf entre le crâne et le ganglion noueux, ils ont trouvé:

1°) Dans le bout périphérique, au-dessus du ganglion noueux, presque toutes les fibres normales à l'exception d'un petit faisceau médian formée des fibres en dégénérescence. 2°) Dans le ganglion noueux lui-même, une dégénérescence partielle des fibres entre les cellules nerveuses et la dégénérescence totale de ce qu'ils appellent les fibres préseptales. 3°) Dans le tronc du vague, la plus grande partie des fibres sont normales; il y a cependant, du côté interne du nerf, une zone complètement dégénérée. 4°) Dégénérescence partielle du nerf laryngé supérieur et du nerf dépresseur.

Après excision d'un morceau de deux centimètres de longueur au-delà du ganglion noueux, ils ont trouvé, trois semaines après l'opération, la dégénérescence complète du bout périphérique et une dégénérescence partielle du bout central. Dans le ganglion noueux toutes les cellules sont normales, les fibres entre les cellules sont en partie dégénérées; les fibres préseptales sont intactes tandis que les fibres postseptales sont complètement dégénérées. Au-dessus du ganglion noueux il y a une zone médiane remplie de fibres en dégénérescence.

Les auteurs trouvent extraordinaire qu'après excision au delà du ganglion il y a non seulement dégénérescence complète du bout périphérique mais aussi dégénérescence partielle du bout central des deux côtés du ganglion et, dans le ganglion même, dégénérescence des fibres postseptales.

La dégénérescence du bout périphérique s'explique. Quant à celle du bout central, on pourrait supposer, disent-ils, que ces fibres en dégénérescence ont leur centre trophique dans le cœur, mais alors elles devraient être conservées dans le bout périphérique. Ces fibres se comportent donc d'une façon paradoxale: elles se conservent après section centrale et dégénèrent après section périphérique, ce qui semble faire accroire «dass es Nervenfasern giebt, für deren normale Erhaltung zwei getrennte Bedingungen erfüllt sein müssen einmal ihr Zusammenhang mit einem trophischen Centrum und ausserdem der continuirliche Zufluss functionneller Erregungen».

Marinesco (1) a sectionné le vague dans la région cervicale d'un lapin âgé d'un mois. Après une survie d'un mois et demi il a trouvé, dans le bout central, un grand nombre de fibres en dégénérescence que l'on pouvait poursuivre jusque dans le noyau dorsal du vague. La même opération faite sur un lapin de deux mois a donné, trois mois

(1) Marinesco: «Ueber Veränderungen der Nerven und des Rückenmarks nach Amputationen». Neurolog. Centralbl., p. 569, 1892.

après l'opération, une dégénérescence dans le bout central moins intense et intéressant un nombre beaucoup moins considérable de fibres nerveuses. En général, dit-il, les modifications du bout central sont d'autant plus rapides que l'animal est plus jeune au moment de l'opération. Il conclut de ces recherches que le bout central du nerf vague sectionné dégénère, bien qu'il reste en connexion avec son centre trophique. L'étendue de cette dégénéresce est en rapport étroit avec le temps de survie et avec l'âge de l'animal.

V.—Recherches sur certains nerfs moteurs craniens.

Les premières expériences dans cette voie ont été faites par v. Gudden et ses élèves (1) sur des animaux *nouveau-nés* qu'on laissait survivre assez longtemps afin d'étudier, chez l'animal devenu adulte, les atrophies ou agénésies consécutives.

Après arrachement du facial, Mayser constate la disparition complète des fibres radiculaires ainsi que du noyau d'origine. Après enlèvement des nerfs moteurs oculaires v. Gudden a vu survenir l'atrophie complète des noyaux d'origine. La section du nerf hypoglosse entraîne, d'après Forel, l'atrophie du noyau correspondant. L'arrachement du vague et du glosso-pharyngien est suivi de l'atrophie du noyau dorsal (Forel) et quelquefois aussi de celle du noyau ambigu (von Gudden).

Cette atrophie des fibres du bout central et des cellules du noyau d'origine après lésion du nerf moteur périphérique n'était cependant pas considérée, par ces auteurs, comme des faits en opposition avec la loi de Waller, mais uniquement comme des arrêts de développement.

Forel démontra cependant que des résultats analogues peuvent être obtenus en opérant sur *l'animal adulte*. Chez un cobaye adulte il arracha le nerf facial au niveau du trou stylomastoïdien; 141 jours après l'opération il y avait disparition complète des fibres radiculaires et de toutes les cellules du noyau d'origine. Chez un autre cobaye il sectionna simplement le nerf facial au même niveau: après une sur vie de 262 jours il trouve la racine intrabulbaire du nerf réduite au tiers de son volume et le nombre des cellules du noyau d'origine diminué de près de la moitié.

Pour expliquer cette différence, Forel admet que le lieu d'interruption du nerf est d'une importance considérable au point de vue

(1) Forel: «Einige hirnanatomische Betrachtungen und Ergebnisse». Archiv für Psychiatrie. Bd. VII, 1887.

des modifications ascendantes consécutives. La cellule nerveuse et la fibre nerveuse constituent, dit-il, une unité ausi bien au point de vue fonctionnel qu'au point de vue nutritif. Si le morceau de nerf que l'on enlève ne représente qu'une petite partie de l'élément nerveux (section du nerf), celui-ci reste vive mais il s'atrophie lentement par défaut de fonctionnement. Si le morceau enlevé est, au contraire, très volumineux (arrachement du nerf), tout l'élément nerveux meurt rapidement. Chez le nouveau-né les produits de destruction sont rapidement résorbés; c'est pour ce motif que le processus en impose plus pour une atrophie, tandis que, chez l'adulte, il se présente comme une dégénérescence secondaire. C'est là la seule différence, dit Forel, car dans tous les cas où la destruction de l'élément nerveux survient chez le neuveau-né, elle survient également chez l'adulte. Aussi conclut-il que, chez l'adulte comme chez le nouveau né, il peut survenir «eine centripetale Schrumpfung des motorischen Nerven und seiner Ursprungszellen» et cela déjà après un temps relativement court. Il suffit pour cela de l'interrompre au niveau de son origine apparente. La seule différence d'avec le nouveau-né «ist der viel langsamere Zerfall und vor Allem die viel langsamere Resorption der Substanz der todten Elemente», résorption qui, d'après les recherches de v. Gudden, peut se faire très rapidement chez le nouveau-né au point que trois semaines après l'opération (au moins chez le lapin) il n'y a plus trace de fibres nerveuses.

En 1890 Nissl (1) a montré que, aprés arrachement du facial chez le lapin adulte, il survient, déjà 24 heures après l'opération, dans les cellules d'origine, des modifications que l'on peut mettre nettement en évidence par la coloration au bleu de méthylène.

Se basant sur les recherches de Forel et de Nissl, Darkschewitsch (2) déclare que nous commettrions une erreur grave si, nous basant sur la loi de Waller, nous voudrions nier la possibilité d'une altération secondaire dans le bout central d'un nerf moteur sectionné. Ses recherches expérimentales ont porté sur le cobaye adulte. Il a arraché le facial au niveau du trou stylo-mastoïdien. Six semaines après l'opération il a trouvé, avec la méthode de Marchi, toutes les fibres centrales en dégénérescence et cela depuis leur entrée dans le bulbe jusqu'au noyau d'origine. Sur un autre cobaye opéré de la même façon, il a constaté une atrophie manifeste du noyau d'origine

(1) Nissl: «Ueber die degenerativen Veränderungen an den Ganglienzellen des Facialiskerns nach Ausreissung der Nerven.» Vortrag gehalten auf der Vers. des Südwestdeutschen Psychiater zu Karlsruhe. 8 nov. 1890.
(2) Darkschewitsh: Loc. cit., 1892.

avec diminution considérable du nombre des cellules nerveuses sans trace de modifications inflammatoires.

Comme l'arrachement constitue un traumatisme important pouvant jouer un rôle considérable dans les phénomènes observés, Darkschewitsch a eu recours encore à la simple ligature du nerf et à la résection d'un bout rendant toute régénération impossible. Après une survie de six semaines il a trouvé, dans le bout intrabulbaire du nerf et dans le noyau d'origine, les mêmes modifications que celles consécutives à l'arrachement; l'atrophie des cellules nerveuses semblait cependant moins prononcée. Il a obtenu les mêmes résultats dans le bout central du nerf hypoglosse arraché, sectionné ou ligaturé. Aussi conclut-il de ses recherches que la lésion d'un nerf moteur cranien, suffisante pour empêcher sa régénération, entraîne des modifications tant dans les fibres du bout central que dans les cellules qui leur donnent origine.

La même année Bregmann (1) a fait connaître les résultats de ses recherches expérimentales. Il a arraché, rupturé ou sectionné le nerf facial sur six lapins. Après une survie de 11 à 58 jours la méthode de Marchi lui a montré l'existence d'une dégénérescence très évidente des fibres du bout central, dégénérescence qui avait tous les caractères de la dégénérescence wallérienne. L'intensité de cette dégénérescence était en rapport étroit avec la durée plus ou moins longue de la survie des animaux opérés.

Dans ses recherches sur l'atrophie du bout central des nerfs moteurs lésés, Forel avait exprimé l'idée que la mort et la désagrégation des cellules et des fibres nerveuses «auf der ganzen Linie zugleich und zwar sehr bald nach der Operation erfolgt. Ueberall scheinen die Zerfallsproducte gleich alt, nie und nirgends sieht man Zeichen dafür das der Process an einer Stelle angefangen und an einer anderen geeindigt hätte.» Bregmann arrive à des résultats différents. Pour lui, la partie de la fibre voisine du noyau d'origine dégénère plus vite que les parties plus éloignées, de telle sorte que l'on peut supposer «dass eine Schädigung des Centrums selbst die erste Folge des Eingriffs ist, und das von der Zelle aus dann ein fortschreitender Zerfall der Faser beginnt» hypothèse entièrement conforme à l'opinion de Darkschewitsch (2) qui estime que les fibres du bout central dégénèrent à la suite des modifications survenues dans les cellules de la substance grise.

(1) Bregmann: «Ueber experimentelle aufsteigende Degeneration motorischer und sensibler Hirnnerven. Obersteiner's Arbeiten, Wien, 1892.

(2) Darschewitsch: Neurol. Centralbl., p. 491, 1892.

Bregmann a pratiqué également la section intracranienne du nerf trijumeau. Chaque fois que le nerf maxillaire inférieur avait été compris dans la section, il a trouvé la dégénérescence des fibres de la racine motrice pendant son trajet intracérébral Après section intracranienne des nerfs moteurs oculaires et une survie de cinq semaines, toutes les fibres du bout central des trois nerfs étaient en dégénérescence.

A la suite de ses recherches expérimentales Forel avait exprimé l'idée que la dégénérescence du bout central ne survient chez l'animal adulte, que lorsque la solution de continuité du nerf se produit au niveau de son origine apparente. Bregmann conclut au contraire, de ses recherches, que cette dégénérescence survient toujours quelle que soit la distance des centres à laquelle le nerf ait été sectionné.

A côté de ces recherches expérimentales tendant à prouver l'existence d'une véritable dégénérescence dans le bout central de nerfs moteurs craniens sectionnés, certains auteurs ont publié des observations anatomo-pathologiques plaidant dans le même sens.

C'est ainsi que Darkschewitsch et Tichonow (1) ont publié un cas de paralysie faciale consécutive à une otite moyenne survenue chez une femme de 59 ans et qui a persisté pendant environ sept mois. Mort à la suite d'érysipèle de la face. A l'autopsie ils ont trouvé, dans le bout périphérique du nerf facial à partir de quelques millimètres en dehors du ganglion géniculé, une névrite parenchymateuse d'origine infectieuse. Le nerf facial, dans son trajet intrabulbaire, présentait cependant tous les caractères de la dégénérescence secondaire et son noyau d'origine était manifestement atrophié. Les auteurs admettent que la névrite périphérique a mis hors de fonction les cellules du noyau d'origine. Cette inactivité cellulaire a déterminé, dans ces cellules, un processus atrophique (Inactivitätsatrophie). Cette atrophie cellulaire à son tour a eu comme conséquence, de la dégénérescence secondaire descendante des fibres intrabulbaires.

Mayer (2) a observé un cas de paralysie faciale consécutive à une otite moyenne et ayant duré trois mois. A l'autopsie le nerf était complètement détruit sur une certaine partie de son trajet dans le canal de Fallope. Le tronc cérébral, traité par la méthode de Marchi, montra la dégénérescence de toutes les fibres du bout central jus-

(1) Darkschewitsch et Tichonow: «Zur Frage von den pathologisch-anatomischen Veranderungen bei peripherer Facialislahmung nich specifischen Ursprungs.» Neurolog. Centralbl., p. 329-339, 1893.

(2) Mayer: «Beitrag zur Kenntniss der aufsteigenden Degeneration motorischer Hirnnerven beim Menschen.» Jahrb. für Psychiatrie, 1893.

qu'au noyau d'origine, sans trace aucune de phénomènes inflammatoires. Il décrit en même temps un cas de paralysie complète du nerf oculo-moteur commun du côté gauche ayant persisté pendant un an et due à une compression du nerf au sortir du tronc cérébral. Le bout périphérique était complètement atrophié, le bout central et le noyau d'origine étaient normaux. D'après Mayer, la dégénérescence ascendante du nerf facial était due à l'inflammation. Cette dégénérescence faisait défaut dans le second cas parce que la lésion du nerf était consécutive à une lente compression.

Bikeles (1) a observé également un cas de paralysie faciale survenue chez un phtysique à la suite d'une carie de l'os temporal. La mort est survenue dix semaines plus tard.

Le bout intra-cérébral du nerf, étudié avec la méthode de Marchi, présentait une dégénérescence ascendante qui se laissait poursuivre jusqu'au noyau d'origine. L'auteur conclut de son observation «dass geringe Ernährungstörungen auch in einem der Leitungsrichtung entgegengesetzen Verlaufe erfolgen.» Il ne croit cependant pas qu'l s'agit d'une véritable dégénérescence et il maintient la rectitude de la loi de Waller.

VI.—Dégénérescence dans le système nerveux central

Des faits en opposition avec la proposition négative de la loi de Waller ont éte signalés également dans le système nerveux central. Ils ont été réunis et résumés dans le travail de Klippel et Durante (2) auquel nous renvoyons. Telles sont les observations d'atrophie descendante signalée par v. Gudden, Ganzer et surtout v. Monakow à la suite de l'ablation du lobe occipital, atrophie descendante pouvant se poursuivre jusque dans le corps genouillé externe et le tubercule quadrijumeau supérieur, Tels sont encore les nombreux cas d'atrophie descendante du ruban de Reil signalée chez l'homme par Meyer, Homen, Spitzka, Schrader, Monakow, Dejerine, Hösel, Mahaim, Bruce, Greiwe, Klippel et Durante, etc., et les constations analogues, faites dans des recherches expérimentales, par v. Monakow, Marchi et Algheri et d'autres. Tels encore les cas de dégénérescence ou d'atrophie ascendante du faisceau pyramidal décrits paa Michaud, Williamson, Daxemberger, Sottas, Raymond, Gombault et Philippe, Dejerine et Sottas et d'autres.

(1) Bikeles: Wiener Médec. Club. 1893 (cité d'aprés Raimann).
(2) Klippel et Durante: «Les dégénérescence rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux». Revue de Médecine. vol. 15, 1895.

C'est en se basant sur toutes ces recherches anatomo-pathologiques et expérimentales que Klippel et Durante ont exprimé, en 1895, d'une façon formelle l'idée que la loi de Waller, loin d'être prouvée au moins dans sa proposition négative, ne cadre pas avec les découvertes plus récentes et demande à être complétée par de nouvelles recherches, «qu'elle prête à des objections si multiples et si sérieuses que l'on peut la considérer dès aujourd'hui comme inexacte». Toutes les modifications qui surviennent dans le bout central de fibres motrices ou sensitives sectionnées, comprimées ou lésées, que ces fibres appartiennent aux nerfs périphériques ou qu'elles entrent dans la constitution de la substance blanche de l'axe cérébro-spinal, sont, d'après Klippel et Durante, des modifications *centripètes*, survenant tout d'abord dans la partie du nerf immédiatement voisine du point lésé pour *remonter de là progressivement jusqu'aux masses grises centrales*. C'est à ce *procéssus cellulipète*, quelle que soit sa nature, que ces auteurs donnnent, à l'exemple de Sottas (1), le nom de *dégénérescence centripète*, *dégénérescence ascendante* ou *dégénérescence rétrograde*, par opposition à la dégénérescence descendante ou cellulifuge survenant dans le bout périphérique.

La fréquence de cette dégénérescence rétrogradé serait encore difficile à établir. «Peut-être ne se développe-t-elle que dans certaines conditions encore mal connues, peut-être aussi est elle constante, n'a-t-on su la déceler que lorsqu'elle affectait une intensité anormale et existe-t-elle, en fait, au moins légérement dans tous les cas où l'on a cru se trouver en présence d'un bout central normal».

Au point de vue histologique cette dégénérescence rétrogade peut se présenter sous denx aspects différents, constatés souvent simultanément dans le même tronc, et qui seraient peut-être attribuables à une force de résistanse inégale suivant la nature des tubes nerveux. Dans certains cas la myéline se résorbe après s'être désagrégée en granulations analogues mais plus fines que celles que l'on observe dans la dégénérescence wallérienne, tandis que le cylindre-axe persiste plus longtemps, quoiqu'au bout d'un certain temps il subisse aussi une désintégration granuleuse. Dans d'autres cas, et c'est le phénomène le plus fréquent, il semble se produire une atrophie simple de toute la fibre nerveuse donc la gaine myélinique surtout diminue progressivement de volume, par une sorte de résorption lente sans fragmentation appréciable. Cette altération peut généralement être mise en évidence par la méthode de Marchi qui donne les preuves d'une

(1) Sottas: «Sur la dégénérescence rétrograde du faisceau pyramidal». Soc. de Biologie, 1899, p. 935,

dégénérescence en voie d'évolution, alors que les autres modes de coloration ne fournissent aucun résultat. Si la cause persiste et est assez intense, la myéline finit à la longue par disparaître et le cylindre axe, très réduit, entouré d'une gaine de Schwann revenue sur elle-même, offre l'apparence des gaines vides.

Quelque soit, du reste, le mode de dégénérescence, si la régénération est empêchée, tous les tubes nerveux sont également vouées à une destruction complète et, remplacés par du tissu conjonctif, donneront lieu à des nerfs sclérosés, pauvres en tubes raréfiés et en grande partie atrophiés que l'on trouve si souvent signalés.

Cette dégénérescence rétrograde peut remonter jusqu'aux cellules d'origine.

Pour Forel et Darkschewitsch, ce serait même la cellule d'origine qui serait primitivement atteinte, elle s'atrophierait par inactivité et la dégénerescence en bloc du bout central en serait la conséquence; mais cette manière de voir serait en opposition avec les faits signalés par Bregmann et Bikeles dans lesquels la dégénérescence était d'autant plus forte qu'on se rapprochait davantage du point sectionné (1) et avec les observations de Sottas, et de Gombault et Philippe dans lesquelles le faisceau pyramidal présentait, au-dessus de la myélite, un état de sclérose presque complète, tandis que plus haut l'altération semblait être plus jeune, allait en s'atténuant peu à peu et finissait par disparaître complètement. Se basant sur toutes ces considérations, Klippel et Durante admettent «qu'il s'agit bien ici d'une *dégénérescence cellulipète* remontant de proche en proche et plus ou moins loin en s'atténuant progressivement à partir du point primitivement atteint où l'on retrouve les lésions les plus étendues et les plus avancées, tandis que plus haut elles sont de plus en plus jeunes et de moins en moins intenses». Cette dégénérescence rétrograde peut coexister avec une lésion des cellules d'origine, mais la nécessité de cette lésion cellulaire est loin d'être démontrée.

Flatau (2) s'est exprimé d'une façon tout aussi catégorique. Se basant sur les mêmes faits relevés par Klippel et Durante et sur un cas personnel de dégénérescence wallérienne dans le bout central d'un nerf facial lésé dans le voisinage de l'oreille moyenne, il déclare «dass das Waller'sche Gesetz nicht mehr stichhaltig erscheint», que le bout

(1) Il y a ici une erreur de la part de Klippel et Durante au moins pour ce qui concerne Bregmann. Cet auteur admet, en effet, que la dégénérescence débute dans la partie voisine du noyau.

(2) Flatau: «Ein Fall von peripherer Facialislähmung mit retrograder Neurondegeneration». Zeitschrift für Klinische Medicin, 1897.

central d'un nerf moteur périphérique lésé de même que les cellules d'origine dégénérent et disparaissent. Contrairement cependant à l'avis exprimé par Klippel et Durante, il considère comme *très probable* que c'est la cellule nerveuse tout d'abord qui s'altère et que c'est cette lésion cellulaire qui entraîne la dégénérescence *descendante* du bout central.

A la suite de ces affirmations catégoriques de Klippel, Durante et Flatau, de nouvelles recherches anatomo-pathologiques et expérimentales ont été entreprises dans le but de vérifier la réalité de l'existence d'une dégénérescence rétrograde.

Observations anatomo-pathologiques.

Darkschewits (1) a eu l'occasion d'étudier, avec la méthode de Marchi, la moelle épinière dans un cas de tumeur carcinomateuse de la 2e, 3e et 4e vertèbre lombaire accompagnée d'une pachyméningite hypertrophique ayant comprimé les deux quarts moyens des racines de la queue de cheval. A côté de la dégénérescence très manifeste des racines antérieures pendant leur trajet intramédullaire jusque très loin dans la substance grise de la corne antérieure. L'état des cellules nerveuses était difficile à apprécier. Il considère cette dégénérescence comme consécutive à la compression et la désigne sous le nom de dégénérescence *ascendante*.

Déjerine et Theohari (2) ont étudié un cas de paralysie faciale d'origine rhumatismale. Les fibres périphériques du nerf étaient atteintes de névrite parenchymateuse. La plupart d'entre elles présentaient l'image de la dégénérescence wallérienne. Cette dégénérescence diminuait de la périphérie vers le centre; les fibres radiculaires du facial étaient normales.

Bary (3) a examiné le tronc cérébral d'un homme mort trente jours après le début d'une paralysie faciale droite due à une carie du temporal. Toutes les fibres du bout central étaient en dégénérescence.

Dans un cas de compression des deux plexus sacrés et des fibres inférieures de la queue de cheval par une volumineuse tumeur sarcomateuse, Muller (4) a trouvé la dégénérescence complète des fibres

(1) Darkschewitsch: «Zur Frage von den Secundären Veränderungen der weissen Substanz des Rückenmarks bei Erkrankung der Cauda equina». Neurolog. Centralbl., p. 5 13, 1896.

(2) Déjerine et Theohari: «Un cas de paralysie faciale périphérique dite rhumatismale ou «a frigore», suivi d'autopsie». Soc. de Biologie, 1897.

(3) Bary: «Ueber die Frage der Kreuzung der Facialiswurzeln», Neurolog. Centralbl., 1890.

(4) Muller: «Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie des untersten Rückenmarksabschnittes». Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1899, p. 54 et p. 56.

afférentes et efférentes des ganglions spinaux des deux premiers nerfs sacrés, alors que les cellules nerveuses de ces ganglions étaient aussi nombreuses et aussi bien developpées qu'à l'état normal. Les fibres des racines antérieures de la moelle sacrée étaient également en dégénérescence pendant leur trajet intra-médullaire (méthode de Marchi), bien que les cellules de la corne antérieure étaient intactes.

Dans un cas d'inflammation aiguë des racines de la queue de cheval (1), le même auteur a trouvé une dégénérescence ascendante des racines antérieures, pendant leur trajet intramédullaire, le long de la moelle sacrée supérieure et de la partie inférieure de la moelle lombaire et cela malgré un état histologique complètement normal de la moelle sacrée et du cône terminal.

Il conclut de ses observations que la dégénérescence ascendante des voies sensitives des cordons postérieurs survient aussi bien dans les cas de lésion agissant au-delà des ganglions spinaux que dans ceux où la lésion siège entre les ganglions et la moelle épinière.

Recherches expérimentales.

Biedl (2) a sectionné le nerf sciatique à la partie supérieure de la cuisse chez trois lapins et trois chiens qu'il à tués après une survie de 3 à 20 jours. Chez le chien, 5 jours après l'opération il trouve, avec la méthode de Marchi, des boules noires sur tout le trajet intramédullaire des racines antérieures du côté opéré. Comme ces boules n'existent pas du côté sain, il les considère comme les premiers signes de la dégénérescence. Chez le chien tué 18 jours après l'opération, les racines intramédullaires du plexus sacré étaient en pleine dégénérescence.

La moelle des lapins, ayant survécu 3 et 8 jours, était normale. Chez le lapin tué 28 jours après l'opération, il y avait de la dégénérescence sur toute l'étendue du bout central.

Biedl conclut de ses recherches qu'après section d'un nerf le bout central présente incontestablement des modifications histologiques. Pour les nerfs moteurs ces modifications débutent par une altération pathologique des cellules nerveuses: déjà après très peu de temps surgit un processus destructif commençant par une modification de la substance colorable et conduisant à la dégénérescence homogène de la cellule. En même temps le bout central subit des modifications ana-

(1) Ibid., p. 52.
(2) Biedl: «Ueber die Centra der Splanchnici». Wiener Klin. Wochenschr., p. 915-919, 1895. «Ueber das histologische Verhalten der peripheren Nerven und ihrer Centren nach Durchschneidung». Wiener Klin, Wochenschr., p. 289-392, 1897.

tomiques qui ne sont pas à différencier de celles de la dégénérescence wallérienne du bout périphérique. Il n'y a de différence que dans la marche des dégénérescences en ce sens que, dans le bout périphérique, le processus se déroule d'une façon plus véhémente. C'est seulement au bout de 18 jours que le bout central présente une dégénérescence aussi intense que celle qui caractèrise le bout périphèrique 3 à 5 jours après la section. Cette dégénérescence du bout central est en connexion causale avec les altérations des cellules nerveuses.

Sadowski (1) a comprimé le nerf sciatique du lapin entre deux cylindres creux. Le bout périphèrique présentait une dégénérescence très accentuée, dans le bout central la dégéneressence ne remontait pas au-delà d'un centimètre à partir du point lésé.

Redlich (2) a lié, chez quatre chats, le plexus brachial avec un fort fil de soie qu'il a laissé en place. Après une survie de 30 à 45 jours il a trouvé le bout périphérique entièrement dégénéré.

Dans le bout central il y avait une légère dégénérescence ne pouvant se poursuivre que sur un court trajet: dans le voisinage des ganglions spinaux les nerfs étaient presque toujours intacts. Dans les cordons postérieurs de la moelle il n'y avait qu'une très légère dégénérescence.

Cassirer (3) a réséqué sur 16 lapins un morceau du nerf sciatique inmédiatement au-dessous du grand trou sacrosciatique. Chez les animaux qui avaient survécu 20, 23, 30 et 63 jours il a trouvé, avec la méthode de Marchi, dans les segments médullaires correspondants, de la dégénérescence dans les racines et les cordons postérieurs et dans les racines antérieures. Cette dégénérescenc était le plus accentuée chez les animaux qui avaient survécu 30 jours. A partir de ce moment elle diminue au point d'être encore à peine reconnaissable chez les animaux tués 63 jours après l'opération. D'après Cassirer, la dégénérescence d'un certain nombre de fibres des cordons postérieurs serait consécutive à une destruction probable d'un nombre correspondat de cellules nerveuses dans les ganglions spinaux, conformément aux observations de Lugaro et de Van Gehuchten qui ont signalé l'atrophie d'un certain nombre de cellules nerveuses dans les gan-

---

(1) Sadowski: «Névrite expérimentale par compression et lésions consécutives des centres nerveux». Comptes-rendus de la Soc. de Biologie, 28 mars 1896.

(2) Redlich: «Die Pathologie der tabischen Hinterstrangerkrankung», Iena 1897, p. 147.

(3) Cassirer: «Ueber Veränderungen der Spinalganglienzellen und ihrer centralen Fortsatze nach Durchschneidung der zugeörigen peripheren Nerven». Deutsche Zeitschrift für Nervenheikunde. Bd. XIV, p. 150-166, 1899.

glions spinaux et le ganglion noueux du vague après section du nerf périphérique.

Quant à la dégénérescence des racines antérieures, Cassirer n'en donne pas d'explication.

Dans aucune de ses expériences l'auteur n'a examiné le bout central du nerf sciatique. Il est donc impossible de savoir si la dégénérescence intra-médullaire se poursuivait dans les fibres périphériques jusqu'au point sectionné.

Dans nos recherches sur l'origine réelle du nerf vague (1) nous avons fait remarquer que, 20 ou 25 jours après la section du nerf au-dessus du ganglion noueux, la méthode de Marchi révèle l'existence d'une véritable dégénérescence secondaire dans les fibres motrices du bout central en connexion avec le noyau dorsal, alors que cette dégénérescence fait défaut dans les fibres motrices en connexion avec le noyau ventral.

Nous basant sur ce fait, établi par nos recherches expérimentales, qu'après la section de ce nerf au-dessus du ganglion noueux les cellules du noyau ambigu passent de la phase de dissolution à la phase de réformation des éléments chromophiles, tandis que les cellules du noyau dorsal dégénèrent et disparaissent, nous avons émis l'idée que c'est la disparition des cellules du noyau dorsal qui entraîne comme conséquence la dégénérescence *secondaire* des fibres du bout central. Nous avons expliqué de la même façon les cas de dégénérescence wallérienne observée par les auteurs dans le bout central de nerfs moteurs sectionnés ou arrachés et nous en avons conclu que la dénomination de *dégénérescence rétrograde*, sous laquelle on désigne quelquefois cette dégénérescence centrale, n'était pas justifiée.

Dans tous les cas de *section* soit des nerfs moteurs oculaires, soit du nerf facial chez le lapin adulte, nous n'avons jamais pu déceler, avec la méthode de Marchi, la moindre trace de dégénérescence dans les fibres du bout central. Kohnstamm (2) est arrivé au même résultat négatif pour le bout central du nerf phrénique huit semaines après sa section dans la région cervicale.

Dans ces derniers temps la question de l'existence d'une dégénérescence rétrograde dans le bout central de nerfs moteurs sectionnés a été reprise, dans le laboratoire de v. Wagner, par Elzholz, Pilcz, Raimann et Straussler.

(1) Van Gehuchten: «Recherches sur l'origine réelle des nerfs moteurs craniens. III. Le nerf glosso-pharyngien et le nerf vague». Journal de Neurologie, 1898.

(2) Kohnstamm: «Ueber retrograde Degeneration» Schmidt's Jahrbücher, 1899. p. 256, Bd. 261.

Elzholz (1) a réséqué une partie du nerf sciatique chez le chat. Après une survie de 12 heures à 20 jours il n'a jamais trouvé de dégénérescence réelle dans le bout central des nerfs sectionnés. Il n'y a trouvé que des modifications atrophiques. Cette atrophie commence dans le nerf et n'atteint la cellule nerveuse que beaucoup plus tard. La cause doit être cherchée dans l'absence de fonctionnement.

Pilcz (2) a opéré deux chats nouveau-nés, deux chats âgés de 14 jours et trois chats adultes. Il leur a réséqué une partie du nerf sciatique ou excisé le plexus brachial. Les chats nouveau-nés ont survécu 4 et 6 semaines, ceux âgés de 14 jours sont morts six mois après l'opération et les animaux adultes ont survécu 7 jours, 14 jours et six mois. Il n'a jamais trouvé de dégénérescence dans les fibres du bout central, ni dans la substance blanche de la partie correspondante de la moelle, mais bien de l'atrophie simple consistant essentiellement daus une diminution lente de la gaine de myéline sans que celle-ci subisse une fragmentation apparente. Ce processus est complètement différent de celui qui carastérise la dégénérescence secondaire.

Dans aucune de ses expériences il n'a pu trouver le moindre fait qui soit en opposition manifeste avec la loi de Waller.

Analysant alors les affirmations contraires d'autres auteurs et principalement les observations de modifications dégénératives signalées dans le bout central chez les amputés, Pilcz exprime l'idée que, dans certaines circonstances, les fibres en atrophie pourraient subir une destruction plus rapide et cela parce qu'elles opposeraient à certaines substances nocives une résistance moindre que les fibres normales. Se ralliant à l'opinion de P. Marie il croit que, chez certains amputés, il faut penser à la posibilité d'une névrite infectieuse toxique. Ainsi le bout central pourrait présenter l'aspect d'une dégénérescence alors qu'en réalité il n'est que le siège de modifications atrophiques.

Raimann (3) a porté ses recherches sur les nerfs moteurs craniens. Il a réséqué le nerf facial, au niveau du trou stylomastoïdien, sur cinq chiens âgés de 6 à 7 mois, un chat et trois lapins âgés d'environ 6 semaines. Après une survie de 14 à 56 jours il a étudié les modifications survenues dans le bout central. Sur toute la longuer du trajet intracérébral il n'a jamais vu survenir de la dégénérescence wal-

---

(1) Elzholz: «Zur Kenntniss der Veranderungen im centralen Stumpfe ladirter gemischter Nerven». Jahrbücher für Psychiatre, 1898.

(2) Pilcz: «Beitrag zum Studium der Atrophie und Degeneration im Nervensysteme». Jahrbücher für Psychiatrie, 1899.

(3) Raimann: «Zur Frage der «retrograden Degeneration». Jahrbücher für Psychiatrie, 1900.

lérienne, mais bien des phènomènes de régression ou d'atrophie consistant dans une diminution lente du volume de la fibre nerveuse avec conservation de la gaine de myéline. Chez un seul lapin, mort dans le marasme 46 jours après la résection du nerf, il a trouvé en dégénérescence un grand nombre de fibres nerveuses sur toute l'étendue du trajet intracérébral.

Pour ce qui concerne la dégénérescence rétrograde signalée par les auteurs daus le bout central de nerf moteurs craniens, il la considère en partie comme l'expression de processus atrophiques (recherches de V. Gudden et de Forel) et névritiques (observations anatomo-pathologiques, recherches expérimentales de Darkschewitsch et de Bregmann), en partie comme la conséquence directe d'un traumatisme énergique (arrachement ou rupture du nerf). Elle ne peut, en tout cas, pas être identifié avec la dégénérescence wallérienne. «Es ist bisher, conclut-il, in keinem einzigen Falle einwandfrei gelungen aufzuzeigen, dass ein motorischer Hirnnerv in Folge einer einfachen Leitungsunterbrechung aufsteigend degenerire».

En résumé, dit Raimann, le bout périphérique séparé de son centre trophique est envahi par la dégénérescence wallérienne. Le bout central resté en connexion avec les cellules d'origine de même que les cellules elles-mêmes sont le siége de phénomènes régressifs à marche lente et insidieuse que l'on doit désigner sous le nom d'atrophie. Quand des lésions traumatiques, infectieuses ou toxiques, compliquent l'interruption d'un nerf, le bout central peut subir une dégénérescence rapide. La dénomination de dégénérescence rétrograde est cependant inexacte et défectueuse; il vaudrait mieux parler de désagrégation traumatique ou de névrite dégénérative.

Dans le bout central d'un nerf il faut donc distinguer entre atrophie, désagrégation traumatique et névrite dégénérative suivant les circonstances spéciales dans lesquelles on se trouve. L'expression de dégénérescence wallérienne doit être réservée au processus uniforme survenant dans le bout périphérique.

Knape (1) a réséqué sur dix lapins l'un ou l'autre nerf du membre thoracique ou du membre abdominal. Après une survie de 14 à 47 jours il n'a jamais trouvé de dégénérescence dans la moelle. Sur trois lapins il a arraché le nerf médian au niveau du coude. Après une survie de 21 jours la méthode de Marchi lui a montré l'existence d'une dégénérescence véritable dans les fibres intramédullaires des racines antérieures et dans le cordon postérieur du côté correspondant. Il croit que, dans la production de cette degénéréscence, l'arrachement du nerf

(1) Knape: Loc. cit.

doit avoir une influence incontestable. Quant à la question de savoir si, comme certains auteurs le prétendent, la dégéneresce médullaire est due à une infection ascendante partant du point lésé, il ne veut pas en nier la possibilité, mais fait seulement remarquer que cette dégénérescence n'est pas toujours consécutive à l'infection.

Tout récemment encore, Staussler (1) a opéré sur des chats adultes. Il leur a réséqué ou rupturé tantôt les nerfs du plexus brachial, tantôt le nerf sciatique à la partie supérieure de la cuisse. Après une survie de 30 jours après résection et de 15 jours après rupture, il n'a jamais trouvé de dégéréescences médullaires pouvant être mises en évidence par la méthode de Marchi. Comme dans tous ces cas il y avait de la chromolyse manifeste dans certains groupes cellulaires de la corne antérieure de la moelle, il conclut «dass die nach Durchshneidung der Nerven aufretende Zellveränderungen nicht die Rolle zu erfüllen im Stande sind, welche ihnen von einer Anzhal von Autoren in der Frage der «retrograden Degeneration» zugetheilt wurde».

Straussler a arraché également le nerf sciatique. Après une survie de 30 jours il a constaté la disparition de plus de la moitié des cellules nerveuses de la corne antérieure; malheureusement ces moelles n'ont pas été traitées par la méthode de Marchi de sorte que l'auteur ne peut nous fournir aucune indication sur l'état des fibres radiculaires antérieures correspondantes.

Il nous resterait encore à signaler, pour être complet, toutes les recherches faites, dans ces huit dernières années, sur les modifications qui surviennent dans les *cellules nerveuses* après la lésion du prolongement cylindraxile et cela aussi bien chez l'homme que chez les animaux. Ces modifications, que l'on est convenu de désigner sous le nom de chromatolyse ou de chromolyse, démontrent à toute évidence que le *bout central* d'un nerf lésé (en donnant à l'expression de bout central son sens le plus large) ne reste pas absolument intact; mais ces modifications cellulaires *seules* ne peuvent pas être considérées comme contraires à la proposition négative de la loi de Waller *telle qu'elle a été formulée par ce savant.* Waller, en effet, n'a eu en vue que les *fibres* du bout central, dont il a opposé l'intégrité à la dégénérescence des *fibres* du bout périphérique.

Il semble donc résulter de ce long historique que l'existence d'une véritable dégénérescence dans le bout central de nerfs sectionnés, dé-

(1) Staussler: «Ueber Veränderungen der motorischen Rückenmaszellen nach Resection und Ausreissung peripherer Nerven». Jahrbücher für Psychiarrie, 1901.

génerescence en tous points comparable à celle qui survient dans le bout périphérique, est plus que problématique.

Les observations anatomo-pathologiques faites sur la moelle épinière d'anciens amputés ont montré que l'*atrophie* est le phénomène le plus constant. De même toutes les recherches expérimentales faites sur les nerfs spinaux, abstraction faite de celles qui ont consisté dans l'arrachement du nerf sciatique, ont donné, au point de vue de la dégénérescence wallérienne, des résultats négatifs. Il n'y a que Darschewitsch, Bield et Cassirer qui ont observé une véritable dégénérescence. Les constations anatomo-pathologiques faites dans les cas de paralysie faciale peuvent à la rigueur être considérées comme dues à des névrites ascendantes. Quant aux recherches expérimentales faites sur les nerfs moteurs craniens, il n'y a que les expériences de Darkschewitsch et de Bregmann qui aient été suivies d'un résultat positif, que les plus récents sont tentés d'attribuer ou au traumatisme lui-même, ou à des infections concomitantes.

Dans les système nerveux central, aucun cas de dégéneresсence wallérienne survenue dans le bout central de fibres lesées n'a encore été signale.

En présence de ces faits il ne peut paraître étrangé que, actuellément encore, tous les auteurs acceptent la rectitude de la loi de Waller et qu'ils se basent sur l'intégrité du bout central et la dégénérescence du bout périphérique de toute fibre nerveuse interrompue en un point quelconque de son trajet dans l'étude des voies nerveuses de l'axe cérebro-espinal.

«Von vorneherein war es uns klar, dit Munzer (1) en parlant de la dégénérescence ascendante et descendante des fibres du lemniscus signalée dans la plupart des livres classiques, dass eine echte *beiderseitige* Waller'sche Degeneration in einem und denselben Nerven niht vorkomme und dass es sich also entweder um andere Nervenbahnen handeln müsse die absteigend und andere, die aufsteigend zu Grunde gehen, oder dass in dêr einen Richtung die Fasern wohl degeneriren, die Veränderungen in der anderen Richtung jedoch nicht degenerativer, sondern secundär atrophischer Natur sein könnten».

Dans son article sur la dégénérescence rétrograde, Kohnstamm partage la même opinion: «Wäre der Markscheidenzerfall des centralen Neuronstumpfes, dit-il, ein ebenso gesetzmässiges Vorkommniss wie die Tigrolyse der Ursprungszellen, so würde für die mit der Marchi-Methode vorzunehmenden Untersuchungen der sichere Leitfaden

(1) Münzer: «Beiträge zum Aufbau des Centralnervensystems». Prager med. Wochenschrift, 1895.

verloren gehen, der durch den Grundsatz gegeben ist: *Die Richtung der Marchi-Degeneration im Centralorgan giebt die Richtung des Axonverlaufs und die Leitungrichtung an*». Kohnstamm n'a jamais vu de trace de dégénérescence rétrograde dans le système nerveux central, aussi formule-t-il la conclusion «dass, abgesehen von der traumatischen Entzündung der weissen Substanz, das Marchi-Bild oberhalb der Läsionstelle das scharfe Negativ des Bildes unterhalb derselben darstellt» et encore «zu allen in Marchi Degeneration befindlichen Fasern gehört eine jenseits der Läsion gelegene tigrolytische Ursprungzelle».

Orestano (1) considère la méthode de Marchi comme possédant toute la rigueur scientifique nécessaire pour démontrer la dégénérescence secondaire «essendo escluso per numerose esperienze che con questo metodo sia rilevabile la degenerazione retrograda, quella che segue cioè nel moncone centrale del prolungamento leso». Cette dégénérescence rétrograde différerait dans son essence de la dégénérescence wallérienne, puisqu'elle est déterminée, comme l'admettent à juste titre Marinesco, Lugaro et Goldscheider, par l'inactivité du neurone qui s'atrophie comme tout organe condamné au repos.

Quant aux résultats des recherches de Bregmann et de Darkschewitsch, il les considère comme discutables, parce que dans l'interprétation de la coloration noire que donne la méthode de Marchi, nous devons être très circonspects et ne pas confondre les précipités que donne l'acide osmique seul avec les gouttes de myéline des fibres dégénérées.

Lugaro (2) a passé tout récemment en revue les principales objections formulées contre la proposition négative contenue dans la loi de Waller et il arrive à la conclusion qu'aucune de ces objections ne résiste à un examen sérieux et que, dans l'état actuel de la science, aucun fait ne peut être opposé à la rectitude de la loi de Waller.

Nos recherches expérimentales nous conduisent à un résultat tout opposé. Elles prouvent, à ne pouvoir en douter, que le bout central d'une fibre nerveuse interrompue *peut* présenter les *mêmes* modifications dégénératives que celles qui surviennent régulièrement dans le bout périphérique. La proposition négative de la loi de Waller ne peut donc être maintenue. Cette dégénérescence du bout central n'est cependant *pas* une dégénérescence rétrograde, ascendante ou celluli-

(1) Orestano: «Le vie cerebellari efferenti». Rivista di pat. nerv. e mentale, p. 51, 1901.
(2) Lugaro: «Sulla legge di Waller». Rivista di patologia nervose e mentale. 1901, p. 193-207.

pète allant du point lésé vers la cellule d'origine, *mais une véritable dégénérescence wallérienne, descendante, cellulifuge allant de la cellule lésée à distance par le traumatisme vers le bout sectionné.* Cette dégénérescence wallérienne du bout central est à opposer à la dégénérescence wallérienne du bout périphérique. Dans l'étude des voies nerveuses au moyen de la méthode de Marchi, la possibilité de cette dégénérescence du bout central ne peut jamais être perdue de vue, si l'on ne veut pas s'exposer à tomber dans des erreurs graves concernant le trajet ascendant ou descendant de certains faisceaux de fibres nerveuses. C'est ce qui ressortira à toute évidence, croyons-nous, de l'exposé de nos nombreuses recherches expérimentales. Celles-ci ont porté jusqu'à présent:

1° Sur les nerfs périphériques dépendant de la moelle épinière.

2° Sur certains nerfs moteurs craniens.

3° Sur les fibres motrices du pneumogastrique dépendant du noyau dorsal du vague.

4° Sur les fibres sensitives du nerf trijumeau.

5° Sur certaines voies nerveuses de l'axe cérébro-spinal, notamment les fibres du pédoncule cérébelleux moyen, les fibres du faisceau rubro-spinal, du faisceau vestibulo-spinal et certaines fibres nerveuses descendantes provenant de la formation réticulaire du métencéphale.

RECHERCHES PERSONNELLES

RECHERCHES SUR LES NEURONES PÉRIPHÉRIQUES

I.—Nerfs rachidiens.

Si l'on examiné attentivement les résultats divergents obtenus par les auteurs dans leurs recherches expérimentales sur les nerfs rachidiens, on arrive bientôt à se convaincre que cette divergence est, en grande partie du moins, plus apparente que réelle, et doit être attribuée à ce fait que, dans leurs conclusions, les auteurs n'ont pas tenu suffisamment compte de *toutes* les conditions expérimentales. Dans leurs recherches sur les modifications centrales consécutives aux lésions des nerfs périphériques, les auteurs ont eu recours tantôt à la *simple section*, tantôt à la *rupture*, tantôt à l'*arrachement complet* du nerf sur lequel ils opèrent; les uns ont opéré sur des animaux *adultes*, les autres sur des animaux *nouveau-nés;* les uns encore out porté leurs recherches sur le *lapin,* d'autres sur le *chat* ou le *chien*, d'autres sur le *cobaye.* Malgré ces conditions expérimentales profondément diffé-

rentes, les auteurs ont cru obtenir des résultats comparables. C'est là une erreur. Nos recherches nous ont prouvé que les résultants obtenus peuvent varier considérablement avec les conditions expérimentales dont les plus importantes sont, à nos yeux, la *nature ou l'intensité du traumatisme, l'âge de l'animal au moment de l'opération* le *nef périphérique* ou le *faisceau central* que l'on examine et peut-être aussi l'*espèce animale* sur laquelle on opère.

C'est guidé par ces considérations, que nous allons relater les résultats de non recherches expérimentales. Elles ont porté sur le *lapin adulte* d'un poids moyen de 2000 à 2500 gr. et ont consisté tantôt dans la *rupture brusque*, tantôt dans l'*arrachement* du nerf périphérique.

A. *Rupture brusque du nerf sciatique.*—Sur un certain nombre de lapins nous avons rupturé le nerf sciatique à la partie moyenne de la cuisse. Voici comment nous avons procédé: après avoir mis à nu le nerf au niveau de sa bifurcation en sciatique poplité externe et sciatique poplité interne, nous le saisissons entre les mors d'une pince hémostatique; puis, après avoir appuyé le pouce de la main gauche sur le bout central du nerf afin de s'opposer à son arrachement, nous donnons à la pince une secousse brusque qui rupture violemment le nerf et nous excisons une partie de son bout périphérique.

Nos animaux ont survécu respectivemext 10, 20, 35, 40, 87, 134 et 180 jours.

La moelle lombo sacrée de tous ces lapins, de même que le bout central du nerf sciatique rupturé avec les ganglions spinaux et les racines antérieures et postérieures correspondantes ont été traités par la methode de Marchi.

Dans aucune de nos recherches expérimentales nous n'avons observé, ni dans la moelle, ni dans les racines antérieures, ni dans les racines postérieures, en dedans et en dehors des ganglions, la moindre trace de dégénérescence.

Ces résultat négatifs viennent donc à l'appui de ceux obtenus par Erlitzky, Vanlair, Homen, Singer et Munzer, Redlich, Elzholz, Pilcz, Raimann, Knape et Straussler. Il nous permettent de conclure que, chez le *lapin adulte*, la *rupture* brusque du nerf sciatique, à la partie moyenne de la cuisse, n'est pas suivie, au moins pendant les 180 jours qui suivent l'opération, d'une dégénérescence centrale que la méthode de Marchi puisse metre en évidence.

B. *Arrachement du nerf sciatique au niveau de l'articulation coxo-fémorale.*—Nous avons pratiqué cette opération sur un chat adulte et sur de nombreux lapins. Quand elle est bien faite, la pince appliquée sur le nerf sciatiqne ramène les filets radiculaires antérieurs et posté-

rieurs ainsi que les ganglions spinaux correspondants du septième nerf lombaire et deux premiers nerfs sacrés. Nous avons laissé survivre nos animaux de 25 à 30 jours, puis nous avons traité leur moelle épinière avec la méthode de Marchi.

Au niveau du septième segment lombaire et des deux premiers segments sacrés, on trouve une dégénérescence abondante dans la substance grise et dans la substance blanche de la moelle épinière, dégénérescence qui a été étudiée en détail sur notre proposition, par un de nos élèves, le Dr. Lubouschine (1).

Dans le cordon postérieur du côté correspondant au nerf rupturé, presque toutes les fibres sont en dégénérescence. Celle-ci peut se poursuivre à travers toute la longueur de la moelle épinière jusque dans le noyau du faisceau de Goll, situé à la partie inférieure du bulbe. Cette dégénérescence du cordon postérieur n'est pas en opposition avec la loi de Waller; c'est une dégénérescence secondaire, wallérienne, consécutive à la section des racines postérieures du septième nerf lombaire et des deux premiers nerfs sacrés.

Dans le cordon antéro-latéral du côté du nerf lésé et dans le cordon antérieur du côté opposé, on trouve également de nombreuses fibres en dégénérescence pouvant se poursuivre, dans leur trajet ascendant ou descendant, sur une longueur plus ou moins grande de la moelle. Cette dégénérescence est également secondaire ou wallérienne. Les coupes faites au niveau des filets radiculaires rupturés, montrent, en effet, en toute évidence que la rupture s'est faite, non pas à la surface de la moelle comme le prétend Forel, mais dans la substance blanche même de la moelle. La rupture des racines antérieures a ainsi entraîné une lésion plus ou moins étendue de la substance blanche voisine, lésion qui a été dégénérescence secondaire ascendante et descendante de certaines fibres du cordon antéro-latéral. La rupture des racines postérieures chez le lapin s'est faite dans la substance médullaire entraînant une lésion de la partie la plus dorsale de la corne grise postérieure. C'est cette lésion de la substance grise qui a été cause de la dégénérescence wallérienne d'un certain nombre de fibres pouvant se poursuivre à travers la substance grise jusque dans le cordon latéral du même côté et le cordon antérieur du côté opposé. Chez le chat, cette rupture a produit en même temps une lésion de la partie postérieure du cordon latéral.

Toutes ces dégénérescences médullaires sont des dégénérescences

---

(1) Lubouschine: «La dégénérescence ascendante et descendante des fibres de la moelle épinière après arrachement du norf sciatique». Le Névraxe, vol. III, 1901.

secondaires, conformes à la proposition positive de la loi de Waller et n'ont rien à faire avec la dégénérescence rétrograde de Klippel et Durante. Toutes ces fibres en dégénérescence sont destinées à disparaître. Si, au lieu de tuer nos animaux au bout de 25 ou 30 jours, nous les avions laissé survivre des mois et des années, nous aurions inévitablement trouvé dans la moelle des atrophies manifestes que nous aurions pu être tenté de considérer comme de nature rétrograde et comme contraires à la loi de Waller. Ces faits prouvent que, dans l'interprétation des atrophies médullaires consécutives à l'*arrachement du nerf sciatique* et signalées par Hayem et Mayser, nous devons être très prudents. Ces atrophies peuvent être l'aboutissant final de véritables dégénérescences wallériennes et ne doivent pas être considérées, sans preuves suffisantes, comme des faits contraires à la proposition négative de la loi de Waller.

C. *Arrachement du plexus brachial.*—Nous avons pratiqué sur deux lapins adultes, l'arrachement du plexus brachial à la partie le plus élevée du creux axillaire. La rupture s'est faite dans le voisinage de la moelle, puisque la pince ramène un certain nombre de filets radiculaires avec deux ganglions spinaux. Nos animaux ont survécu 23 et 30 jours. A l'autopsie nous constatons que la rupture s'est faite à la surface même de la moelle et qu'elle intéresse les racines antérieures et postérieures du huitième nerf cervical et du premier nerf dorsal.

Toute la moelle cervicale et dorsale a été traitée par la méthode de Marchi. L'examen des coupes au niveau des racines rupturées démontre que, contrairement à ce qui se passe lors de l'arrachement du nerf sciatique, la rupture s'est faite, dans les deux cas, *au niveau de l'origine apparente* des raccines antérieures et postérieures des deux nerfs spinaux. La moelle épiniére elle-même n'a pas été lésée, aussi la substance blanche du cordon antéro-latéral est-elle complètement normale. Il n'y a de fibres dégénérées que dans le cordon postérieur du côté correspondant aux nerfs arrachés. Cette dégénérescence à la fois ascendante et descendante, que nous avons décrite dans un travail antérieur (1), est entièrement conforme à la proposition positive de la loi de Waller puisqu'elle n'est que la conséquence de la rupture des racines postérieures entre les ganglions et la moelle.

Cette absence de fibres en dégénérescence dans le cordon antéro-latéral est à mettre en oposition avec la dégénérescence abondante ob-

(1) Van Gehuchten: «Recherches sur la terminaison centrale des nerfs sensibles périphériques. V. La racine postérieure du huitiéme nerf cervical et du premier nerf dorsal. Le Névraxe, Vol. IV. 1902.

servée à la suite de l'arrachement du nerf sciatique. Elle prouve encore une fois, mais d'une façon indirecte, que, dans ce dernier cas, la dégénérescence des cordons antéro-latéraux ne peut être attribuée au fait de l'*arrachement* du nerf, mais bien à la lésion médullaire concomitante.

Mais à côté de ces fibres des cordons postérieurs atteintes de dégénérescence wallérienne, nous trouvons encore en dégénérescence, sur toute la longueur de leur trajet intramédullaire, les *fibres des racines antérieures* du huitième nerf cervical et du premier nerf dorsal et cela malgré l'absence complète de toute lésion *directe* de la substance grise et de la substance blanche. Cette dégénérescence des racines antérieures est complètement identique à celle des fibres des cordons postérieurs.

C'est, au point de vue des caractères histologiques, une véritable dégénérescence wallérienne et cependant elle est survenue dans le bout central de fibres motrices rupturées, bout central qui, d'après la loi de Waller, aurait dû rester intact.

Cette dégénérescence des racines antérieures, nettement mise en évidence par la méthode de Marchi, est donc contraire à la proposition négative de la loi de Waller et mérite d'être signalée.

Les résultats de ces recherches expérimentales nous permettent d'affirmer que l'*arrachement* d'un nerf, fait chez l'animal adulte, *peut* déterminer des lésions médullaires directes plus ou moins étendues qui sont elles-mêmes la cause de la dégénérescence secondaire d'un nombre plus ou moins considérable de fibres nerveuses de la substance blanche des cordons antéro-latéraux. De plus, cet arrachement rupture certains filets radiculaires postérieurs en dedans de leur ganglion spinal, entraînant toujours une dégénérescence wallérienne dans le cordon postérieur correspondant. Toutes ces dégénérescences sont conformes à la loi de Waller.

L'arrachement d'un nerf spinal, quand la rupture se fait en un point voisin de la surface de la moelle, détermine cependant, après une survie de 25 à 30 jours, une dégénérescence manifeste des fibres de racines antérieures pendant leur trajet intramédullaire, dégénérescence qui ne s'explique pas si on admet la rectitude de la loi de Waller.

II.—*Nerf facial et nerf hypoglosse.*

La réalité de la dégénérescence possible des fibres du bout central (dégénérescence rétrograde de Klippel et Durante) se trouvant donc établie, au moins pour les fibres motrices de la moelle épinière

après arrachement du nerf périphérique, nous avon voulu rechercher si cette dégénérescence s'observe également dans les fibres du bout central des nerfs moteurs craniens.

A. Section du nerf facial et du nerf hypoglosse.—A cet effet nous avons sectionné, chez quelques lapins, soit le nerf facial au niveau du trou stylo-mastoïdien, soit le nerf hypoglosse dans la région sus-hyoïdienne. Nos animaux ont survécu 34, 55, 76 et 96 jours. Dans le tronc cérébral traité par la méthode de Marchi, *nous n'avons jamais rencontré de fibres en dégénérescence*, si ce n'est chez le lapin tué 96 jours après la section du nerf facial, où existait un petit nombre de fibres dégénérées.

B. Arrachement du nerf facial et du nerf hypoglosse.—Nous avons repris les mêmes expériences en arrachant tantôt le nerf faeial à sa sortie du canal de Fallope, tantôt l'hypoglosse dans la région sus-hyoïdienne. Après une survie de 30 à 40 jours nous avons traaité le tronc cérébral par la méthode de Marchi et nous l'avons débité en une série continue de coupes transversales. Dans toutes nos expériences, *toutes les fibres intrabulbaires du facial et de l'hypoglosse étaient en dégéréscence manifeste sur toute leur étendue*, dégénérescence absolument identique à la dégénérecence wallérienne.

Ces résultats confirment donc ceux obtenus par nos recherches sur les nerfs spinaux: après *section* du facial ou de l'hypoglosse, les fibres du bout central restent intactes, au moins au point de vue de la dégénérescence wallérienne; après *arrachement* de l'un ou l'autre nerf, les fibres du bout central se comportent comme celles du bout périphérique: elles sont envahies par une dégénérescence secondaire nettement mise en évidence par la méthode de Marchi.

Quelle est la cause de cette dégénérescence du bout central?

En présence de la constance de ces résultats, absence de dégénérescence du bout central à la suite de la *section* du nerf moteur cranien ou de la *rupture* du nerf sciatique et dégénérescence très évidente à la suite de l'*arrachement* des mêmes nerfs, nous étions tout naturellement porté à admettre que la cause de la dégénérescence des fibres du bout central après arrachement du nerf devait être cherchée ou dans le traumatisme lui-même, ou dans ce fait que, lors de l'arrachement, la rupture du nerf se fait tout près du tronc cérébral.

Cette dernière opinion a été soutenue par Forel. Pour expliquer l'atrophie complète du noyau d'origine après arrachement du nerf facial et son atrophie incomplète à la suite de la simple section (1), ce

(1) Cette atrophie incomplète s'explique, au moins en partie, par ce fait que la section n'intéresse pas les fibres du nerf qui quittent le facial avant sa

savant admet comme facteur principal le lieu de la lésion. «Es sollte doch jeder, der einmal eine Hirnsection beim Menschen oder beim Thier gemacht hat, wissen, dit-il, dass ein gezerrter Hirnnerv, welcher er auch sei, *stets* an seiner Eintrittsstelle in's Gehirn reisst, weil da die Schwann'schen Scheiden aufhören. Die Rissstelle ist meist etwas, doch sehr unbedeutend, gezackt. Von einem Herausziehenkönnen irgend eines Theiles des Verlaufes der Wurzel im Centralorgan ist nie die Rede.»

Flatau, Elzholz, Pilcz, Raimann, Kohnstamm et Straussler incriminent surtout la nature du traumatisme: l'arrachement du nerf exercerait une action mécanique directe sur la cellule nerveuse, «eine directe Schädigung der Zelle durch mechanischer Zug» (Flatau). Lors de l'arrachement, dit Straussler, la rupture ne se fait pas à la surface de la moelle, mais dans la substance médullaire elle-même, «so dass es keinem Zweifel unterliegen kann, dass die Wurzelfasern und die Zellen einer directen mechanischen Läsion bei der Ausreissung von Rückenmarksnerven unterliegen». Ce qui prouve, disent Pilcz et Raimann, qu'il en est ainsi lors de l'arrachement du facial, c'est que Bregmann signale des lésions des fibres du corps trapézoïde, lésions qui ne se comprendraient pas si la rupture du nerf s'était faite non pas dans la substance même du bulbe, mais à sa surface.

Aussi, s'appuyant sur les recherches expérimentales de Elzholz, Pilcz, Raimann et Knape, Straussler admet-il «das eine einfache Leitungsunterbrechung nicht im Stande ist eine Degeneration des centralen Nervenstückes herbeizuführen.»

Pour les cas de paralysie faciale observée chez l'homme avec dégénérescence wallérienne du bout central, Raimann admet, comme cause de cette dégénérescence, une névrite ascendante d'origine toxique ou infectieuse et il se demande même si, pour certaines recherches expérimentales de Darkschewitsch, où le traumatisme a consisté uniquement dans la section ou même dans la simple ligature du nerf, cette cause ne devrait pas intervenir.

Pour ce qui concerne nos recherches expérimentales, nous devons écarter à priori l'idée que la dégénérescence du bout central puisse être attribuée à une névrite ascendante; d'abord parce que, chez le plus grand nombre de nos animaux opérés, la guérison de la plaie opératoire s'est faite sans trace de suppuration; ensuite parce que,

---

sortie du trou stylo-mastoïdien et qui, d'après nos recherches confirmées par Marinesco, proviennent du groupe interne. (Van Gehuchten: «Recherches sur l'origine réelle des nerfs craniens. II. Le nerf facial.» Journal de Neurologie, 1898).

ainsi que nous le verrons plus loin, cette dégénérescence du bout central ne remonte pas le long du nerf depuis le point lésé jusqu'à la cellule d'origine, mais elle commence dans le voisinage de la cellule d'origine pour s'étendre de là rapidement à toute l'étendue du bout central.

Quant au point précis où se fait la rupture d'un nerf arraché, nous devons admettre avec Straussler que, contrairement à l'opinion de Forel, cette rupture se fait *très souvent dans* la substance blanche de l'axe cérébro-spinal. C'est ainsi que l'arrachement du nerf sciatique peut entrainer une lésion de la corne grise postérieure, ainsi que Hayem l'a déjà signalé depuis longtemps, de même qu'une lésion de la substance blanche de la moelle dans le voisinage immédiat de l'origine apparente des filets radiculaires antérieurs et postérieurs (Van Gehuchten, Lubouschine, Straussler). De même, lors de l'arrachement du facial, la rupture se fait très souvent dans la substance même du bulbe entraînant une lésion concomitante non seulement des fibres du corps trapézoïde (Bregmann, Van Gehuchten), mais encore de celles du faisceau de Gowers et du faisceau rubro-spinal (Van Gehuchten).

Mais contrairement à l'opinion de Straussler, cette rupture ne se fait pas *toujours* dans la substance blanche de l'axe nerveux. C'est ainsi que l'arrachement du plexus brachial ne retentit pas directement sur la substance blanche médullaire; c'est ainsi encore que, lors de l'arrachement du nerf hypoglosse, la rupture s'est toujours faite dans nos nombreuses recherches expérimentales à la surface du bulbe, à une distance assez considérable des cellules d'origine du nerf de la douzième paire. Il en est de même dans un certain nombre de cas d'arrachement du nerf facial suivi cependant de dégénérescence des fibres du bout central.

La lésion *directe* des cellules d'origine par l'action mécanique exercée sur le nerf nous paraît donc difficile à admettre.

Ce qui prouve d'ailleurs que cette action mécanique ne doit pas nécessairement intervenir et que la dégénérescence du bout central d'un nerf moteur *peut* survenir après simple *section* faite à une distance assez grande de l'origine aparente, ce sont les résultats que nous avons obtenus après section du nerf pneumogastrique dans la région cervicale.

Ces expériences démontreront en même temps que la rupture à la surface même de la moelle n'est pas *indispensable* pour entraîner une dégénérescence réelle des fibres du bout central.

III.—Recherches sur le nerf pneumogastrique.

Nous avons vu plus haut que Gad, Joseph et Marinesco ont signalé le fait que, après section du nerf pneumogastrique dans la région cervicale, faite chez le lapin adulte, on pouvait voir survenir, au bout de quelque temps, de la véritable dégénérescence wallérienne dans un certain nombre de fibres du bout central. Gad et Joseph se contentent de signaler l'étrangeté du fait. Marinesco a pu poursuivre ces fibres dégénérées jusque dans le noyau dorsal du vague. Dans les recherches que nous avons publiées en 1898 sur l'origine réelle du nerf vague (1) nous avons confirmé le fait et nous croyons avoir démontré que ces fibres en dégénérescence sont des fibres motrices et qu'elles proviennent exclusivement du noyau dorsal du vague. Nous avons depuis lors répété bien des fois cette expérience et toujours nous avons obtenu les mêmes résultats. Ce fait nous paraît de la plus haute importance. Ici, en effet, le traumatisme est des plus simples: c'est la *section* du nerf, section qui est sans effet sur le bout central quand elle est pratiquée sur le nerf facial, le nerf hypoglosse ou un nerf spinal quelconque et qui entraine inévitablement la dégénérescence d'un certain nombre de fibres du bout central quand elle est faite sur le nerf vague du lapin. Une action directe exercée par le traumatisme sur les cellules d'origine ne peut donc être invoquée ici.

Cette section est faite à une distance assez considérable de l'origine apparente du nerf; l'explication donnée par Forel ne peut donc s'appliquer au cas présent.

Une infection ou une intoxication ayant déterminé de la névrite ascendante ne peut non plus être regardée comme cause de cette dégénérescence dans le bout central, puisque l'opération est des plus simples et des plus faciles et que la guérison survient toujours par première intention. Nous reviendrons plus tard sur la cause véritable de cette dégénérescence du bout central. Pour le moment il nous suffit de faire ressortir que les causes invoquées par les auteurs: traumatisme intense (arrachement), rupture à la surface de la moelle, névrite ascendante, doivent être éliminées, et d'insister sur le *fait* en lui-même, fait qui prouve à toute évidence que, contrairement à l'affirmation de Raimann et de Straussler, la *simple interruption d'un nerf est capable d'entraîner une dégénérescence dans le bout central.*

---

(1) A. Van Gehuchten: «Recherches sur l'origine réelle des nerfs moteurs craniens». Journal de Neurologie, 1898.

IV.—Autres nerfs moteurs craniens.

En présence de ces résultats positifs fournis par le nerf pneumogastrique après simple *section* dans la région latérale du cou, nous avons recherché s'il n'existait pas d'autre nerf cranien purement moteur, dont la section aurait eu les mêmes conséquences. Nous avons, à cet effet, sectionné les nerfs moteurs oculaires au fond de la cavité orbitaire. Après une survie de 4 à 6 semaines, nous n'avons jamais observé de dégénérescence dans les fibres du bout central.

Nous avons porté également nos recherches sur le nerf accesoire de Willis. A l'occasion des nombreuses recherches expérimentales que nous avons faites dans le but d'élucider les connexions anatomiques qui existent entre les fibres bulbaires du nerf de Willis et les fibres du nerf pneumogastrique, nous avons rupturé, sur de nombreux lapins, le nerf de Willis dans la cavité rachidienne. Après une survie de 4 à 5 semaines nous avons toujours observé de la dégénérescence véritable dans le bout central de toutes les *fibres bulbaires*, fibres qui proviennent, d'après nos recherches antérieures, de la partie inférieure du noyau vago-spinal ou mieux noyau dorsal du vague. Le bout central de toutes les *fibres médullaires* ne montrait pas trace de dégénérescence. Ces résultats méritent d'être signalés d'une façon particulière. D'après les conditions dans lesquelles nous avons opéré, la rupture des fibres *médullaires* s'est faite au niveau de leur origine apparente. Cette rupture aurait dû, d'après Forel, entraîner la dégénérescence et l'atrophie du bout central. Cette dégénérescence ne s'est pas produite, preuve évidente nous paraît-il que, contrairement à l'opinion de Forel, ce n'est pas le *lieu* de la rupture qni est le facteur principal.

Toutes les fibres motrices qui proviennent du noyau dorsal du vague et qui, d'après les recherches expérimentales de Van Gehuchten et Bochenek (1), De Beule (2) et Van Gehuchten (3), sont destinées à l'innervation motrice du larynx, sont donc, au moins chez le lapin, les *seules fibres motrices périphériques* dont la *section*, faite à la région latérale du cou, *entraîne la dégénérescence réelle du bout central.*

A la suite de ces résultats fournis par la simple *section* du nerf,

---

(1) Van Gehuchten et Bochenek: «Le «nerf de Willis dans ses connexions avec le nerf pneumogastrique». Le Névraxe. Vo . II, 1901.

(2) De Beule: «Recherches expérimentales sur l'innervation motrice du larynx chez le lapin.» Le Névraxe. Vol. VI, 1902.

(3) Van Gehuchten: «Les fibres inhibitives du cœur appartiennent au nerf pneumogastrique et pas au nerf spinal». Le Névraxe. Vol. IV, 1902.

nous avons eu recours à l'*arrachement*. Sur plusieurs lapins nous avons arraché l'un ou l'autre des nerfs suivants: nerfs moteurs oculaires, nerf pneumogastrique et nerf accessoire de Willis. Nous avons laissé survivre nos animaux de 30 à 40 jours, puis nous avons traité, avec la méthode de Marchi, la partie du tronc cérébral correspondant au nerf périphérique arraché. *Dans toutes nos expériences nous avons trouvé une dégénérescence manifeste de toutes les fibres du bout central.* Pour le nerf pneumogastrique cette dégénérescence intéressait les fibrés provenant du noyau ambigu, aussi bien que les fibres nées dans le noyau dorsal. Pour le nerf de Willis, auquel nous attribuons une origine exclusivement médullaire, le bout central de toutes les fibres, pendant leur trajet intramédullaire était en dégénérescence de telle sorte que nous pouvions poursuivre, avec la plus grande facilité, toutes les fibres motrices périphériques sur toute la longueur de leur trajet intracérébral, depuis leur origine apparente jusqu'à leur origine réelle.

Nous avons là entre les mains une *méthode expérimentale nouvelle* qui nous permet de mettre en évidence, avec une netteté surprenante, le trajet central des fibres motrices périphériques et qui est apte à élucider plus d'une question d'anatomie nerveuse encore discutée par les auteurs, et notamment la question de l'existence ou de la non existence de fibres croisées dans les nerfs périphériques. Nous ferons connaître les résultats obtenus dans cette voie dans un travail ultérieur.

De toutes ces recherches se dégagent donc ces deux conclusions:

1° La *section* d'un nerf moteur périphérique cranien ou rachidien, faite chez le *lapin adulte*, n'est pas suivie de ja dégénérescence des fibres du bout central, exception faite pour les fibres motrices du vague qui proviennent du noyau dorsal. Ces fibres motrices, sectionnées dans la région latérale du cou, présentent, au bout de 20 à 25 jours, une véritable dégénérescence de leur bout central.

2° L'*arrachement* d'un nerf moteur périphérique, quelqu'il soit, est suivi *inévitablement* de la dégénérescence réelle de *toutes* les fibres du bout central, dégénérescence que la méthode de Marchi montre comme étant *identique à celle qui survient dans le bout périphérique.*

Après arrachement d'un nerf moteur cranien il survient donc une dégénérescence manifeste dans les fibres du bout central. Mais à quelle époque plus ou moins approximative cette dégénérescence commence-t-elle à se manifester? Pendant combien de temps évolue-t-elle ou, en d'autres termes, quelle est la durée de sa période active pendant laquelle la méthode de Marchi permet de le mettre en évidence? Quel est enfin l'aboutissant final de cette dégénérescence du bout central?

Dans le but de répondre à toutes ces questions nous avons institué deux séries d'expériences portant sur le nerf hypoglosse et le nerf facial.

Le 16 avril 1902, nous avons arraché le nerf facial au niveau du trou stylo-mastoïdien chez douze lapins adultes. Sept de ces animaux ont servi à l'étude de la dégénérescence du bout central par la méthode de Marchi; nous les avons tués à cet effet après une survie de 15, 20, 40, 55, 100, 150 et 200 jours.

Le 26 avril suivant, nous avons arraché le nerf hypoglosse sur seize autres lapins et nous en avons utilisé onze pour l'étude du bout central, après une survie de 9, 10, 14, 20, 21, 28, 30, 35, 90, 135 et 180 jours. Ces deux séries se complétant l'une l'autre, nous avons ainsi l'état du bout central d'un nerf moteur cranien arraché après une survie de 9, 10, 14, 15, 20, 21, 28, 30, 35, 40, 55, 90, 100, 135, 150, 180 et 200 jours.

Dans les coupes de la moelle allongée provenant des lapins tués 9 et 10 jours après l'arrachement du nerf hypoglosse, il n'y avait pas la moindre trace de dégénérescence dans les fibres du bout central. Chez les animaux tués 20 et 21 jours après l'arrachement du facial ou de l'hypoglosse, cette dégénérescence était manifeste et s'étendait sur toute la longueur du trajet intracérébral.

Le *début de la dégénérescence du bout central doit donc se faire entre le 10e et le 20e jour après l'arrachement.*

Chez le lapin tué 15 jours après l'arrachement du facial, la dégénérescence faisait complètement défaut dans toute l'étendue du genou et de la branche radiculaire externe, tandis que dans la branche radiculaire interne il y avait manifestement des boules noires dans un certain nombre de fibres, boules qui étaient plus abondantes dans la partie voisine du noyau d'origine que dans celle voisine du genou.

Chez le lapin tué 14 jours après l'arrachement du nerf hypoglosse, il n'y avait guère que de légères traces de dégénérescence dans le noyau lui-même et dans la partie immédiatement voisine des fibres radiculaires; cette dégénérescence n'existait que sur quelques coupes et était si peu accentuée qu'elle aurait passé inaperçue à un observateur non prévenu. Nous croyons donc, d'après nos recherches, que, pour le facial et pour l'hypoglosse, la *dégénérescence du bout central devient manifeste au plus tôt quinze jours environ après l'arrachement du nerf, que cette dégénérescence débute dans le voisinage du noyau d'origine* pour envahir de là rapidement toute l'étendue du trajet intracérébral au point que, 20 jours après la même opération, la dégénérescence en-

vahit tout le bout central depuis l'origine réelle jusqu'à l'origine apparente du nerf.

De ces faits se dégage cette conclusion importante, c'est que *la dégénérescence des fibres du bout central est plus tardive que celle des fibres du bout périphérique.* Les auteurs admettent que cette dernière débute généralement, d'une façon sensible, 4, 5 ou 6 jours après l'interruption du nerf; celle du bout central ne devient manifeste, au moins d'après nos recherches, que 15 jours au plus tôt après le traumatisme.

Nos recherches permettent de formuler encore cette autre conclusion: c'est que la *dégénérescence du bout périphérique commence au lieu même du traumatisme pour envahir de là rapidement toute l'étendue du bout périphérique; la dégénérescence du bout central commence,* au contraire, *très loin du point lésé,* à l'extrémité centrale du bout central, dans le voisinage immédiat du noyau d'origine pour envahir de là rapidement toute l'étendue du bout central.

La dégénérescence du bout périphérique et la dégénérescence du bout central présentent donc toutes deux une *marche descendante.*

Cette dégénérescence du bout central était nettement visible chez tous nos autres animaux tués 28, 30, 35, 40 et 55 jours après l'arrachement soit du facial, soit du nerf hypoglose.

Chez le lapin tué 90 jours après l'arrachement de l'hypoglose, la dégénérescence des fibres radiculaires commence à diminuer d'une façon sensible. Il en est de même chez le lapin tué 100 jours après l'arrachement du facial. A côté des fibres nerveuses en dégénéreseence manifeste, on constate facilement que le tronc du nerf, surtout au niveau de sa branche radiculaire ascendante, a considérablement diminué de volume.

Chez le lapin tué 135 jours après l'arrachement de l'hypoglose, de même que chez celui qui avait survécu 150 jours à l'arrachement du facial, la méthode de Marchi ne mettait plus en évidence que quelques rares fibres dégénérées. Chez les animaux tués 180 et 200 jours après le même traumatisme, toute trace de dégénérescence avait disparu.

En nous basant sur ces faits nous devons admettre que la période active de la dégénérescence des fibres du bout central, période pendant laquelle la méthode de Marchi peut le rendre évidente, commence au plus tôt vers le quinzième jour après la traumatisme pour finir au plus tard vers le 150e jour. Elle a donc une durée approximative de 130 à 135 jours.

On admet généralement que la dégénérescence wallérienne du bout périphérique peut être étudiée, par la méthode de Marchi, jusque 100 jours environ après le traumatisme. Comme cette dégénérescence dé-

bute vers le 5e ou le 6e jour, la période active de la dégénérescence du bout périphérique a une durée de 95 à 100 jours.

Cette dégénérescence du bout central conduit manifestement à la disparition complète de ce dernier. Nous avons traité un certain nombre des coupes provenant du bulbe du lapin ayant survécu 180 jours à l'arrachement du nerf hypoglosse, par la métode de Weigert-Pal: toutes les fibres avaient complètement disparu. Cette disparition du bout central n'intéresse pas seulement les gaines de myéline, mais aussi le cylindre-axe de ces fibres nerveuses, ainsi que le démontre l'examen des coupes colorées par le carmin. Les mêmes conclusions s'appliquent au bout central du nerf facial 200 jours après son arrachement.

Conclusion. Après l'arrachement d'un nerf moteur cranien les fibres du bout central subissent donc une véritable dégénérescence. Celle-ci débuteapproximativement 15 jours après la lésion du nerf et peut être mise en évidence par la méthode de Marchi jusque 130 à 150 jours après l'opération. Cette dégénérescence conduit à la disparition complète des fibres du bout central.

Quelle est maintenant la cause de cette dégénérescence?

Nous avons déjà fait ressortir que le *siége du traumatisme* dans le voisinage immédiat du tronc cérébral, invoqué par Forel, ne peut pas être considéré comme la cause efficiente, puisque cette dégénerescence survient dans les fibres du bout central du vague après simple section dans la région cervicale, et qu'elle fait défaut dans le bout central des fibres du nerf de Willis après rupture de ce nerf à la surface même de la moelle.

Une *lésion tramautique* directe portant sur les cellules d'origine pourrait à la rigueur être invoquée pour les racines antérieures des nerfs spinaux après arrechement soit du plexus brachial, soit surtout du nerf sciatique; et cela à cause de la distance minime qui sépare les cellules de la corne antérieure du lieu de rupture des racines antérieures. Mais cette action directe sur les cellules d'origine est plus difficile à admettre pour le nerf hypoglosse et surtout pour le nerf vague et le nerf facial, à cause du trajet complexe que les fibres intracérébrales de ces derniers nerfs doivent parcourir depuis leur origine apparente (siège habituel de la rupture) jusqu'à leur origine réelle. D'ailleurs cette action tramautique directe fait complètement défaut dans les recherches expérimentales portées sur le nerf vague dans la région cervicale.

L'existence d'une *névrite ascendante*, infectieuse ou toxique, comme cause de cette dégénérescence du bout central, peut être écartée

définitivement, ainsi que cela résulte des conditions de nos recherches expérimentales et de l'examen de nos coupes.

Nous savons, depuis les recherches de Ranvier, qu'après section d'un nerf périphérique, une véritable dégénérescence survient dans les fibres du bout central, dégénérescence qui ne remonte le long des fibres nerveuses que sur la longueur de deux ou trois segments médullaires et que l'on considère généralement comme une *dégénérescence traumatique*. Dans les cas d'arrachement des nerfs spinaux à la surface de la moelle, on pourrait penser à l'existence de cette dégénérescence traumatique pour expliquer les modifications des fibres radiculaires antérieures pendant leur trajet intramédullaire. Mais ce qui prouve que cette dégénérescence traumatique ne peut pas intervenir, c'est que, pour le facial, le trajet intrabulbaire des fibres radiculaires est considérable; de plus, dans la dégénérescence traumatique les modifications partent du point lésé pour remonter vers la cellule d'origine, tandis que dans nos expériences la dégénerescence débute dans le voisinage de la cellule d'origine pour envahir rapidement toute l'étendue du bout central.

Pour notre part nous croyons que la dégénérescence du bout central n'est rien d'autre qu'*une dégénérescence descendante, véritable dégénérescence wallérienne, consécutive à la destruction des cellules d'origine de toutes ces fibres lésées*, ainsi que nous l'avons déjà signalé en 1898 à la suite de nos recherches expérimentales sur le nerf vague. «La dégénérescence qui survient dans les fibres du bout central d'un nerf *sectionné*, disions-nous alors, n'est pas due uniquement à la section elle-même, mais n'est que la conséquence des modifications plus ou moins profondes que cette section détermine dans les cellules d'origine. Quand ces modifications cellulaires sont, en effet, peu profondes et réparables, les fibres du bout central ne sont pas envahies par la dégénérescence, c'est ce qui arrive généralement pour les cellules d'origine de tout nerf moteur *sectionné*. Quand, au contraire, ces modifications cellulaires sont plus profondes, quand la cellule lésée, au lieu de passer de la phase de dissolution à la phase de réformation des éléments chromatiques, s'atrophie et disparait, alors les phénomènes de dégénérescence se montrent également dans les fibres du bout central: c'est ce qui a lieu pour les fibres motrices du vague en connexion avec le noyau dorsal après la simple section du nerf, c'est ce qui survient également dans le bout central de tout nerf moteur *arraché*, c'est ce qui arrivera chaque fois, croyons-nous, que pour un motif quelconque, les cellules d'origine d'un nerf lésé, de n'importe quelle façon, s'atrophient rapidement et disparaissent.

«La dégénérescence du bout central des nerfs moteurs, observée par certains auteurs, n'est donc, pour nous, que la conséquence immédiate de la lésion profonde et de l'atrophie subséquente des cellules correspondantes. S'il en est ainsi, la dénomination de *dégénérescence rétrograde* sous laquelle on désigne ce phénoméne, n'est pas justifiée.»

Cette conclusion, que nous avons formulée en 1898 et en 1900 (1), en nous basant sur nos recherches personnelles sur le nerf vague et sur les recherches expérimentales de Ballet et Marinesco (2) concernant les modifications profondes survenues dans les cellules du nerf hypoglosse trente jours après son arrachement, se trouve raffermìe par les recherches expérimentales de Foa et par celles faites dans notre laboratoire.

Tout d'abord Foa (3), puis nous-même (4) en collaboration avec De Beule (5), nous avons montré que, conformément aux observations de Ballet et Marinesco, l'arrachement du nerf hypoglosse conduit à la disparition complète et rapide de toutes les cellules constituant le noyau d'origine, disparition qui commence à se manifester déjà 15 jours après l'arrachement. Cette disparition est rapide, puisque 25 jours après l'arrachement, plus de la moitié des cellules ont disparu et que 35 jours après la même opération on ne trovue plus de cellules nerveuses dans le noyau d'origine.

Malgré ces résultats positifs obtenus par Ballet, Marinesco, Foa, Van Gehuchten et De Beule, aucun de ces auteurs n'a eu l'idée de rechercher ce qui se passe dans les fibres nerveuses en rapport avec ces cellules en atrophie. C'est ce que nous avons fait dans le présent travail. Et pour pouvoir mieux comparer les modifications survenues dans les fibres du bout central avec celles qui intéressent les cellules du noyau d'origine, nous avons utilisé cinq lapins ayant subi l'arrachement du facial et cinq lapins avec arrachement du nerf hypoglosse pour l'étude de ces noyaux, par la méthode de Nissl.

Les animaux ayant subi l'arrachement du nerf hypoglosse ont été

---

(1) Van Gehuchten: «Le nerf intermédiaire de Wrisberg.» Le Névraxe,

(2) Ballet et Marinesco: «Note sur les lésions de l'hypoglosse consécutive à l'arrachement du nerf.» Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 17 mars 1898.

(3) Foa: Sulle alterazioni delle cellule del nucleo di origine in seguito a taglio o strappamento dell' ipoglosso». Rivista di patologia nervosa e mentale 1899

(4) Van Gehuchten. «Anatomie du système neveux de l'homme.» 3e édit. Vol. I, p. 327, 1900.

(5) De Beule. «Contribution à l'étude des lésions de cellules de l'hypoglosse aprés arrachement du nerf.» Le Névraxe, Vol. III, 1901.

tués après 10, 20, 35 et 50 jours; ceux auxquels nous avions arraché le facial ont survécu 15, 20, 40, 55 et 60 jours.

Un premier fait nous a frappé: 40 jours après l'arrachement du facial, et 35 jours après l'arrachement de l'hypoglosse, presque toutes les cellules constituantes du noyau d'origine de ces deux nerfs ont complètement disparu. Par contre, chez le lapin tué 10 jours après l'arrachement du nerf hypoglosse, toutes les cellules du noyau correspondant sont dans un état de chromolyse intense avec déplacement du noyau; quelques-unes des cellules semblent déjà avoir disparu.

Quinze jours après l'arrachement du facial, la moitié environ des cellules du noyau correspondant ont disparu. Cette atrophie cellulaire est plus intense encore chez l'animal tué 20 jours après la même opération.

Cette disparation des cellules nerveuses semble donc s'effectuer assez rapidement; elle débute déjà 10 jours après le traumatisme pour être totale et complète *au plus tard* 40 jours après la même opération.

Cette atrophie rapide des cellules d'origine consiste dans une disparition sur place, sans aucune trace de réaction, ni de la part des cellules de neuroglie, ni de la part des vaisseaux sanguins.

La marche de cette atrophie cellulaire n'est cependant pas la même dans toutes les recherches expérimentales. Foa, dans ses recherches sur le nerf hypoglosse du lapin, admet que toutes les cellules ont disparu 40 jours après le traumatisme. De Beule a vu cette disparation s'établir déjà 35 jours après la même lésion. Dans nos recherches nous avons vu également que, après une survie de 35 jours, presque toutes les cellules de l'hypoglosse avaient disparu. Chez un autre animal tué 20 jours après l'arrachement du même nerf, nous avons obtenu un résultat presque identique ainsi que le démontrent. nos fig. 18. 19 et 20 Par contre chez le lapin tué 30 jours après la même opération, la disparition des cellules nerveuses était beaucoup moins accentuée; de plus, elle se faisait d'une façon quelque peu irrégulière d'un endroit à l'autre du noyau d'origine, de telle sorte que si, sur certaines coupes, toutes les cellules avaient disparu, on en trouvait d'autres où la moitié, le tiers ou le quart des cellules nerveuses persistait dans un état plus ou moins avancé d'atrophie. Ces faits s'expliquent facilement. Tout dépend, croyons-nous, de l'intensité du traumatisme, intensité qu'il est difficile de mesurer et de rendre identique dans toutes les opérations.

Le seul fait important qu'il convient de noter, nous paraît-il, c'est que l'arrachement du nerf est suivi de l'atrophie rapide de toutes les

cellules d'origine, atrophie qui est déjà quelque peu sensible 10 jours après l'opération et qui est généralement complète après une survie de 35 à 40 jours.

C'est à la lumière de ces modifications qui surviennent dans lès cellules d'origine du nerf lésé que l'on doit expliquer la dégénérescence des fibres du bout central.

Tout d'abord cette dégénérescence est *plus tardive que celle du bout périphérique* et cela parce que, la rupture du nerf faite, le bout périphérique se trouve soustraite sur le champ à l'influence trophique de ses cellules d'origine. Cette suspension de l'influence trophique amène des modifications profondes dans les fibres du bout périphérique, modifications que des méthodes spéciales permettent déjà de mettre en évidence 24 heures après la lésion du nerf, mais que la méthode de Marchi ne permet de reconnaître que 4, 5 ou 6 jours après la lésion initiale.

La situation est toute autre pour les fibres du bout central.

Celles-ci restent en connexion avec leurs cellules d'origine. L'arrachement du nerf retentit, il est vrai, à distance sur ces dernières et y détermine des modifications réactionnelles qui, au moins pendant les premiers jours, sont tout-à-fait comparables aux phénomènes de chromolyse qu'entraîne la simple section du nerf.

Mais ces phénomènes cellulaires ont une marche beaucoup plus rapide, au point que, 4 ou 5 jours après l'arrachement du nerf hypoglosse ou du nerf facial, l'état des cellules du noyau d'origine ressemble à s'y méprendre à celui qui ne survient que quinze jours environ à la suite de la section du même nerf. Nous avons montré plus haut que les modifications cellulaires consécutives à la *section* du nerf hypoglosse ou du nerf facial n'entraînent pas, même après une survie de 76 jours, la dégénérescence des fibres du bout central. Nous pouvons conclure de ces faits, que, malgré la modification sensible qu'à subie le protoplasme cellulaire, quinze jours après la section du nerf, la cellule continue à exercer son influence trophique sur les fibres du bout central.

Mais lors de l'*arrachement* d'un nerf les lésions cellulaires ne s'arrêtent pas là. Dix jours après l'arrachement de l'hypoglosse, Foa signale déjà la disparition d'un certain nombre de cellules nerveuses (il en était de même dans nos recherches expérimentales), tandis que De Beule appelle l'attention sur les contours irréguliers du corps cellulaire, la déformation du noyau et la fragmentation du nucléole.

C'est approximativement à cette époque, croyons-nous, que doit survenir, au moins pour les cellules les plus fortement atteintes, la

suspension de leur action trophique sur les fibres du bout central et par conséquent la cause déterminante de la dégénérescence wallérienne de ces dernières. A ce moment (dixième jour après l'arrachement), certaines fibres du bout central se trouvent, vis-à-vis de leurs cellules d'origine, dans la même situation que les fibres du bout périhérique inmmédiatement après la rupture du nerf. Des modifications secondaires vont donc survenir dans ces fibres du bout central, modifications que la méthode de Marchi ne parviendra à mettre en évidence que 5 ou 6 jours plus tard. C'est ce qui explique l'apparition tardive (15 jours environ après le traumatisme) de la dégénérescence dans les fibres du bout central.

La *durée de cette dégénérescence du bout central est plus longue que celle du bout périphérique* et cele parce que l'arrachement du nerf ne retentit pas avec une égale intensité sur toutes les cellules constituantes du noyau d'origine. Il résulte des recherches de De Beule et des nôtres, qué 15 jours après l'arrachement, plus de la moitié des cellules ont disparu; cette disparition n'est complète que 20, 30 ou 35 jours après l'opération. Cette disparition des cellules du noyau de l'hypoglosse est déjà sensible 10 jours après l'arrachement (Foa et Van Gehuchten); elle ne serait complète, d'après Foa, qu'après 40 jours. Si l'on tient compte de ces faits on doit admettre que, si la dégénérescence du bout central peut débuter, dans certaines de ses fibres, 15 jours après l'arrachement, cette même dégénérescence peut en survenir dans d'autres fibres que 20, 30 ou 40 jours après le traumatisme.

Il résulte de ces faits que, si la dégénérescence du bout périphérique *évolue plus vite* que celle du bout central, cette différence dans la rapidité d'évolution des phénomènes régressifs n'existe qu'*en apparence;* pour le bout périphérique elle débute presque *en même temps* dans *toutes* les fibres constituantes parce que toutes sont soustraites *au même moment* à l'influence trophique de leurs cellules d'origine.

Pour le bout central la dégénérescence wallérienne débute à des époques variables dans les différentes fibres constituantes, et cela parce que l'atrophie des cellules d'origine, cause de leur dégénérescence, est plus rapide pour les unes que pour les autres; elle survient, en effet, du 15e au 35e ou 40e jour après le traumatisme. C'est ce qui resort nettement de l'examen de notre fig. 21, qui représente une coupe sagittale faite dans le bulbe d'un lapin tué 28 jours après l'arrachement de l'hypoglosse. Toutes les fibres radiculaires de ce nerf, pendant leur trajet intrabulbaire, sont envahies par la dégénérescence wallérienne, mais cette dégénérescence ne se présente pas avec la même intensité pour toutes les fibres. Les plus atteintes paraissent

être les fibres moyennes; les fibres radiculaires supérieures et surtout les fibres radiculaires supérieures et surtout les fibres radiculaires inférieures sont les moins lésées. Nous concluons de l'état variable de cette dégénérescence que les cellules de la partie moyenne ont été atteintes d'atrophie plus rapidement que les cellules des deux extrémités.

La dégénérescence du bout central tout comme celle du bout périphérique conduit inévitablement à la disparition complète de toutes les fibres constituantes.

Il résulte de ces recherches et de ces considérations que la dégénérescence, qui survient dans les fibres dn bout central d'un nerf moteur arraché ou du nerf pneumogastrique sectionné dans la région latérale du cou, n'est pas une dégénérescence cellulipète ou rétrograde comme le pensent Klippel et Durante, mais bien dégénérescence descendante ou cellulifuge. Elle ne remonte pas du point lésé vers la cellule d'origine, mais elle descend de la cellule d'origine vers le point lésé. Elle n'est pas directement consécutive à la solution de continuité du nerf, ni à la simple chromolyse des cellules d'origine puisqu'elle fait généralement défaut à la suite de la *section* d'un nerf moteur cranien ou spinal. *Elle est consécutive exclusivement à l'atrophie rapide des cellules d'origine.* C'est donc bien une véritable dégénérescence secondaire ou wallérienne, identique en tous points á celle qui survient dans les fibres du bout périphérique; avec cette différence importante cependant c'est que la dégénérescence du bout périphérique est secondaire à l'interruption *directe* du nerf ou à la lésion *directe* de ses cellules d'origine, tandis que la dégénérescence du bout central est secondaire à l'atrophie des cellules d'origine, atrophie qui ne trouve elle-même sa cause dans la lésion périphérique. La lésion de la cellule nerveuse est donc *indirecte.* C'est pour faire ressortir cette différence importante que nous proposons de désigner la dégénérescence du bout périphérique sous le nom de *dégénérescence wallérienne périphérique ou directe* et la dégénérescence du bout central, sous le nom de *dégénérescence wallérienne centrale ou indirecte.*

L'existence de cette dégénérescence secondaire indirecte, si elle est conforme à la proposition positive renfermée dans la loi de Waller, démontre cependant à toute évidence que la proposition négative que renferme cette même loi n'est plus d'accord avec les faits.

Ce qui démontre bien que l'explication que nous avons donnée de la dégénérescence des fibres du bout central doit correspondre à la réalité, ce sont les faits différents que l'on peut observer dans les

fibres intrabulbaires du nerf vague suivant que l'on pratique la section ou l'arrachement des fibres provenant du noyau dorsal. Il résulte, en effet, de nos recherches que les phénomènes de chromolyse et d'atrophie des cellules du noyau dorsal ont une marche beaucoup plus rapide lorsqu'on pratique l'arrachement du nerf de Willis à la base du crâne, qu'à la suite de la simple rupture des filets radiculaires dans la cavité rachidienne et surtout de la section du vague dans la région cervicale. A cette différence dans l'évolution des réactions cellulaires correspond également une différence dans l'époque d'apparition de la dégénérescence wallérienne indirecte. Celle-ci est plus précoce après l'arrachement qu'après la section.

Cette influence, que la rupture d'un nerf exerce tout d'abord sur les cellules d'origine et consécutivement sur les fibres nerveuses en connexion avec ces dernières, ressort encore, á toute évidence, des recherches expérimentales faites dans notre laboratoire sur le nerf trijumeau.

Guidé par ce fait que l'arrachement d'un nerf moteur entraine l'atrophie rapide de ses cellules d'origine, nous avons voulu rechercher si la même influence s'exerce sur les cellules d'origine des fibres sensitives. A cet effet nous avons arraché sur quelques lapins les trois branches du nerf trijumeau d'un côté, respectivement au niveau du trou mentonnier. Après une survie de 45 jours nous avons traité le tronc cérébral par la méthode de Marchi et nous avons trouvé en dégénérescence manifeste un grand nombre de fibres de la racine bulbo-spinale. Cette dégénérescence wallérienne des fibres centrales est, à nos yeux, consécutive à l'atrophie rapide d'un nombre correspondant de cellules nerveuses du ganglion de Gasser. C'est à la suite de ces résultats que nous avons engagé le Dr. Brochenek (1), travaillant dans notre laboratoire, à se servir de cette *méthode de dégénérescence secondaire indirecte* pour déterminer, dans la racine bulbo-spinale du nerf de la cinquième paire, la position occupée respectivement par chacune des trois branches périphériques.

L'existence de la dégénérescence wallérienne indirecte n'explique cependant pas *toutes* les modifications du bout central que Klippel et Durante ont réunies sous le nom de *dégénérescence rétrograde.* Nous avons vu, en effet, qu'à la suite de la section ou de la rupture d'un nerf spinal, chez le lapin adulte, il y a absence complète de dégénérescence wallérienne dans les fibres de la substance blanche de la moelle et cela même 180 jours après l'opération. Il en est de même

(1) Bochenek: «La racine bulbo-spinale du trijumeau et ses connexions avec les trois branches périphériques». Le Névraxe, Vol. III, 1901.

chez l'homme après mélectomies. Et cependant chez l'homme comme chez les animaux on voit survenir, après une survie de plusieurs années, une *atrophie* manifeste de la moitié correspondante de la moelle. Nous ne connaissons pas la marche de cette atrophie.

Tout porte à croire cependant qu'elle se propage lentement depuis le point lésé vers les racines médullaires et la substance blanche et grise de la moelle. Si ce fait vient à se confirmer, nous nous trouverions là en présence d'un processus véritablement *rétrograde*. Mais on ne peut pas appliquer à ces modifications lentes et insidieuses la dénomination de *dégénérescence*. Il n'y a *dégénérescence* que là où il y a fragmentation de la myéline accompagnée de fragmentation du cylindre-axe. Partout où cette fragmentation fait défaut et où l'on assiste à une réduction lente du volume et même du nombre des éléments continuants d'un nerf, il y a simplement *atrophie*. Dans la moelle des amputés et dans la moelle des animaux adultes auxquels on a pratiqué des sections ou des résections de nerfs, nous nous trouverions donc en présence d'une *atrophie rétrograde*.

La *dégénérescence véritable* de la fibre nerveuse conduit à sa disparition complète. Tantôt ces fibres disparues sont remplacées par des cellules de neuroglie ou par des éléments conjonctifs et donnent ainsi naissance à de la *sclérose*; d'autres fois, comme chez nos animaux ayant survécu 180 et 200 jours à l'arrachement du facial ou de l'hypoglosse, les fibres nerveuses disparaissent sans laisser de trace: il y a *atrophie*.

L'atrophie sans véritable dégénérescence peut également conduire, d'après les observations de certains auteurs, à de la sclérose. La sclérose du tissu nerveux peut donc être l'aboutissant final ou de la dégénérescence wallérienne ou de l'atrophie. De même l'atrophie d'une partie quelconque de l'axe cérébro-spinal peut être la fin de deux processus pathologiques: la dégénérescence wallérienne non accompagnée de réaction de la part des cellules de neuroglie ou *atrophie secondaire* et la disparition lente et graduelle des éléments nerveux sans dégénérescence préalable ou *atrophie primitive*.

Il résulte de ces considérations que les expressions de *dégénérescence*, d'*atrophie* et de *sclérose* sont loin d'être toujours des expressions synonymes.

Conclusions.—A la suite de ces nombreuses recherches expérimentales sur les nerfs périphériques nous croyons pouvoir formuler les conclusions suivantes:

1) *La loi de Waller n'est pas vraie dans sa proposition négative:* après section du nerf vague à la partie supérieure de la région cervi-

cale, un certain nombre de fibres motrices du bout central dégénèrent; après arrachement de n'importe quel nerf moteur périphérique la dégénérescence wallérienne envahit toutes les fibres du bout central.

2) *La dégénérescence du bout central n'est pas une dégénérescence secondaire cellulipète ou rétrograde, mais une veritable dégénérescence secondaire descendante ou cellulifuge*, identique à celle qui survient dans le bout périphérique. Elle est consécutive à l'atrophie rapide des cellules d'origine et mérite d'être désignée sous le nom de *dégénérescence wallérienne indirecte.*

3) L'existence de cette dégénérescence indirecte du bout central peut être utilisée comme une *méthode nouvelle* de recherches permettant de mettre en évidence, mieux que toute autre méthode, le trajet intracérébral ou intramédullaire de toute fibre motrice périphérique.

RECHERCHES SUR LES NEURONES DES CENTRES.

Il nous reste maintenant à rechercher si cette dégénérescence wallérienne du bout central ou *dégénérescence secondaire indirecte* s'observe également dans le système nerveux central, question beaucoup plus importante à résoudre, car, si l'existence de cette dégénérescence indirecte venait à être établie d'une façon indiscutable, elle serait de nature à amener une perturbation complète dans les résultats des nombreuses recherches anatomo-pathologiques et expérimentales faites dans ces dix dernières années au moyen de la méthode de Marchi.

Nos recherches actuelles mettent hors de doute l'existence de cette dégénérescence secondaire indirecte dans les centres nerveux et cela au moins pour quatre systèmes de fibres:

1° Les *fibres du pédoncule cérébelleux moyen.*

2° Les fibres du faisceau descendant de v. Monakow ou *faisceau rubro-spinal.*

3° Les fibres provenant des grandes cellules nerveuses du noyau de Deiters et descendant dans le cordon antérieur de la moelle épinière ou fibres du *faisceau vestibulo-spinal.*

4° Un certain nombre de fibres descendantes du cordon antérolatéral de la moelle épinière et qui proviennent des grandes cellules nerveuses éparpillées dans la formation réticulaire du métencéphale et du myélencéphale ou *fibres réticulo-spinales.*

I.—Faisceau rubro-spinal.

Nous savons, par les recherches anatomiques de Held et les recherches expérimentales de Probst, Pavlow, Van Gehuchten, Rothmann, Collier et Buzzard, Fraser et d'autres, que le faisceau aberrant *descendant* (1) de v. Monakow est formé essentiellement de fibres nerveuses ayant leurs cellules d'origine dans le noyau rouge du mésencéphale. Ces fibres s'entrecroisent dans la décussation de Forel et peuvent se poursuivre à travers toute la longueur du tronc cérébral jusque dans le cordon latéral de la moelle sacrée. Ce faisceau descendant, appelé par Probst «faisceau de V. Monarow», a reçu de Pavlow, sur notre proposition, le nom mieux approprié de *faisceau rubro-spinal.*

Rothmann (2) et Pavlow (3) ont montré que la section des fibres de ce faisceau dans la protubérauce annulaire ou dans la moelle allongée est suivie de la chromolyse des cellules du noyau rouge du côté opposé. Cette chromolyse survient égalcment à la sulte d'une hémisection de la moelle, faite chez le lapin, soit entre le premier et le deuxième nerf cervical ainsi qu'il résulte des recherches de Kohnstamm (4), soit entre le cinquième et le sixième segment cervical, ainsi que cela résulte de nos recherches antérieures (5). Elle survient dans les cellules de noyau rouge avec une rapidité et une intensité très grandes, au point que six jours et demi après la section du faisceau rubro-spinal dans la protubérance annulaire du lapin, on rencontre toute les cellules du noyau rouge du côté opposé dans un état de chromolyse voisin de l'achromatose.

Dans ses recherches expérimentales publiées en 1899 (6), Probs, est arrivé à la conclusion que le faisceau rubro-spinal renferme à la

(1) Nous disons faisceau aberrant «descendant», parce que sous le nom de faisceau aberrant v. Monakow a décrit deux faisceaux, ainsi que nous l'avons montré dans un travail antérieur: «Les voies ascendantes du cordon latéral de la moelle épinière et leurs rapports avec le faisceau rubro-spinal.» Le Névraxe, Vol. III, p. 199. 1901.

(2) Rothmann: «Ueber das Monakow'sche Bündel». Neurol. Centralbl., p. 44, 1900.

(3) Pavlow: «Le faisceau de v. Monakow ou faisceau rubro-spinal». Le Névraxe, Vol. I, 1900.

(4) Kohnstamm: «Ueber Ursprungskerne spinaler Bahnen im Hirnstamm, speciell über das Athemcentrum», 24. Wandversamml. der Sudwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Badsn, 1899. Archiv. für Psychiatrie, Bd. 32, p. 681-684, 1900).

(5) Van Gehuchten: «Les voies ascendantes du cordon latéral...» Le Névraxe, Vol. III, p. 186, 1901.

(6) Probst: «Ueber vom Vierhügel, von der Brücke und von Kleinhirn absteigende Bahnen». Deutsche Zeitschr. f. nervenheilk, Bd. 15. 1899.

fois des fibres *ascendantes* et des fibres *descendantes*. Les fibres ascendantes se terminent dans toute l'étendue du noyau rouge jusque dans les cellules les plus proximales. En 1900 (1) il est revenu sur ces fibres ascendantes. L'auteur n'est parvenu à les obtenir en dégénérescence qu'après une lésion expérimentale de l'aire du faisceau de Monakow dans la moelle allongée, le pont de Varole ou la région des tubercules quadrijumeaux inférieurs; jamais après hémisection de la moelle. Le nombre de ces fibres n'est pas considérable, dit-il, elles ne forment qu'une partie des fibres occupant l'aire du faisceau de V. Monakow.

Ces fibres ascendantes signalées par Probst ont été vues et représentées presque à la même époque par Wallenberg (2). Après section de la partie ventrale du cordon latéral de la moelle, faite chez le lapin au niveau de la décussation des pyramides, ce savant décrit un faisceau ascendant (*d*), plus ou moins fusionné avec les fibres du faisceau de Gowers (*b* et *c*). Il se détache de ce dernier au niveau du pédoncule cérébelleux supérieur, s'incline vers le raphé au niveau du noyau du pathétique pour entrer dans la décussation de Forel. Après avoir passé la ligne médiane, ces fibres se rendraient dans le faisceau longitudinal postérieur et, par là, dans la substance grise située sur le côté de la comissure postérieure. Wallenberg pense que ces fibres n'ont pas encore été décrites et, sans connaître exactement leurs cellules d'origine, il leur reconnait cependant une origine médullaire.

Dans des recherches antérieures (3) nous avons fait remarquer que cette dégénérescence *ascendante*, signalée par Wallenberg et Probst, ne s'observe *jamais* quand on tue les animaux 10, 12 ou 15 jours après la lésion expérimentale. Chez les animaux tués 25 ou 30 jour après l'opération, on trouve, au contraire à côté de la dégénérescence descendante en dessous du point lésé, une dégénérescenóe au dessus du point lésé que l'on peut poursuivre jusque dans le noyau rouge du côté opposé. Mais de cette dégénérescence au dessus du point lésé nous n'avons pas conclu, avec Wallenberg et Probst, à l'existence de fibres *ascendantes*. Pour nous, cette dégénérescence dans le bout central du faisceau rubro-spinal est une dégénérescence *descendante*,

---

(1) Probst: «Experimentelle Untersuchungen über bie Schleifenendigung, die Haubenbahnen, das dorsale Langsbündel und die hintere Commissur». Archiv für Psychiatrie, Bd. 33, 1900.

(2) Wallenberg: «Eine bemerkenswerthe Gruppe centripetaler Fasern im Vorderseitenstrange des Kaninchens». Neurolog. Centralbl., 1899, p. 829-831.

(3) Van Gehuchten: «Les voies ascendantes du cordon latéral.» Le Névraxe, Vol. III, p. 187, 1901.

consécutive aux lésions chromolytiques intenses survenues dans les cellules du noyau rouge.

En 1902 Probst (1) est revenu sur les fibres du faisceau de v. Monakow, à l'occasion des dégénérescences observées chez un chat tué 27 jours après une lésion du cervelet ayant intéressé la partie latérale du pont de Varole. Il revient dans ce travail sur l'existence des fibres *ascendantes* pouvant se poursuivre jusque dans le noyau rouge du côté opposé où elles se terminent «mit Aufsplitterungen». Probst ne signale pas les recherches expérimentales publiées par Pavlow en 1900.

Il ne parle pas non plus de nos recherches personnelles sur le faisceau rubro-spinal, ni de notre opinion concernant ses prétendues fibres ascendantes. Ce qui semble cependant montrer qu'il en a eu connaissance, c'est qu'il fait remarquer d'une façon toute spéciale «dass diese aufsteigend degenerirten Fasern im Areal des Monakow'schen Bündels nicht als retrograde Degeneration der Fasern des Monakow'schen Bündels zu deuten sind, sondern eine besondere aufsteigende Bahn im Areal des Monakow'schen Bündels bilden. Eine retrograde Degeneration, die genau so wie die secundäre Waller'sche Degeneration auftreten würde, konnte ich bei meinen Versuchen, im intramedulläre Verlauf nicht beobachten, sonder diese Art der Degeneration ist in mancher Beziehung andersartig, doch kann ich mich hier nicht weiter darauf einlassen».

Probst maintient donc l'existence de fibres ascendantes dans le faisceau rubro-spinal, fibres dont il ne connaît pas les cellules d'origine, mais qui semblent devoir provenir exclusivement de la moelle allongée ou du pont de Varole puisque, après hémisection de la moelle épinière, il ne les a jamais obtenues en dégénérescence.

Les nouvelles recherches, que nous avons faites sur les dégénérescences dans les système nerveux central, ne viennent pas à l'appui de de l'opinion de Probst.

Nous avons pratiqué, sur dix lapins adultes, une hémisection plus ou moins complète de la moelle épinière au niveau des filets radiculaises du premier nerf cervical. Six de ces animaux ont été tués 12, 15 et 16 jours après l'opération. Le tronc cérébral de trois d'entre eux a été traité par la méthode de Marchi. Chez aucun d'eux il n'y avait de la dégénéresceuce dans le faisceau rubro-spinal au-dessus du point lésé, alors que toutes les fibres du cordon latéral avaient été lésées par le traumatisme. Le tronc cérébral de trois autres a été débité en

(1) Probst: «Zur anatomie und Physiologie des Kleinhirns». Archiv. f. Psychiatrie. Bd. 35. 1902.

une série de coupes transversales traitées par la méthode de Nissl: la plupart des grandes cellules du noyau rouge du côté opposé étaient dans un état d'achromatose presque complète.

Trois autres animaux ont survécu 38, 39 et 41 jours. Dans le tronc cérébral traité par la méthode de Marchi, il y avait une dégénérescence wallérienne très nette, pouvant se poursuivre depuis le point lèsé jusque dans le noyau rouge du côté opposé, fig. 23 à 34, dégénérescence impossible à différencier de celle existant dans les fibres du faisceau de Gowers qui, d'après nos recherches antérieures, se trouve intimement accolé au faisceau rubro-spinal pendant son passage dans le métencéphale et le myélencéphale, Dans le tronc cérébral du quatrième lapin, ayant survécu 64 jours (du 17 novembre 1901 au 20 janvier 1902), la méthode de Nissl montre que presque *toutes les cellules du noyau rouge du côté opposé ont disparu.*

Ces faits ne permettent, nous semble-t-il, qu'une seule interprétación. Si le faisceau rubro-spinal renfermait réellement des fibres ascendantes, comme Probst le prétend, ces fibres devraient obéir à la loi commune et montrer de la dégénérescence 15 et 16 jours après leur interruption. L'absence de dégénérescence wallérienne dans le bout central du faisceau rnbro-spinal à cette époque est une preuve incontestable de l'abscence de fibres *ascendantes.* La dégénérescence wallérienne qui survient plus tard ne peut plus être attribuée *directement* à la lésion expérimentale, ainsi que le montrent à toute évidence les résultats de nos recherches sur les nerfs périphériques; elle doit être attribuée à une atrophie rapide des cellules d'origine, d'autant plus que la méthode de Nissl démontre la disparation complète des grandes cellules du noyau rouge 64 jours après la section du faisceau rubro-spinal à la partie supérieure de la moelle cervicale.

Probst fait remarquer que la dégénérescence au-dessus du point lésé n'interesse pas *toutes* les fibres de l'aire du faisceau de Monakow. Cette remarque n'enlève rien à la justesse de nos conclusions, tout d'abord parce que, le long de la moelle allongée et du pont de Varole, l'aire du faisceau rubro-spinal se confond intimement avec l'aire du faisceau de Gowers ainsi que nous l'avons montré, et le long de la partie distale des pédoncules cérébraux le faisceau rubro-spinal ne forme pas un faisceau compact, de sorte qu'il est difficile de dire, oui ou non, *toutes* les fibres sont en dégénérescence. Ensuite nous ne devons pas oublier qu'à la suite de la section du faisceau rubro-spinal les grandes cellules du noyau rouge pourraient se comporter comme les cellules d'origine du nerf facial ou du nerf hypoglosse arrachés, c'est-à-dire présenter une résistance variable et ne pas s'atrophier *toutes* avec

une égale rapidité. Il s'ensuit que si l'on examine le bout central du faisceau rubro-spinal 27 jours après sa section, comme l'a fait Probst, toutes les fibres du bout central ne doivent pas encore être en dégénérescence.

Enfin, nous ne savons pas si *toutes* les fibres qui proviennent du noyau rouge se laissent poursuivre jusque dans la moelle cervicale. S'il n'en était pas ainsi, le volume du faisceau rubrospinal serait nécessairement différent suivant qu'on le considère dans le métencéphale et la moelle épinière et l'on comprendait fort bien que, après une hémisection de la moelle cervicale, *toutes* les fibres de ce faisceau ne soient pas en dégénérescence au-dessus du point lésé. Ce qui semblerait prouver qu'il pourrait bien en être ainsi, c'est que chez un lapin ayant survécu 63 jours (27 octobre au 29 décembre 1901) à une lésion de la partie latérale du point de Varole ayant intéressé le faisceau, rubro-spinal, la dégénéscence dans le mésencéphale était beaucoup plus abondante qu'après hémisection de la moelle cervicale.

Conclusions.—De nos rechercaes expérimentales découlent les con clusions suivantes:

1.° Le faisceau rubro-spinal est formé exclusivement de fibres descendantes.

2.° Après section de ce faisceau dans le pont de Varole, la moelle allongée ou la partie supérieure de la moelle cervicale, les grandes cellules du noyau rouge du côté opposé subissent une atrophie intense qui aboutit, au bout de 35 à 40 jours, à leur disparition complète.

3.° L'atrophie rapide de ces cellules du noyau rouge entraîne comme conséquence la dégénérescence *descendante* des fibres du bout central.

4°. Les fibres dégénérées que l'on observe dans le bout central 25, 30 ou 35 jours après la lésion du faisceau rubro-spinal, ne sont pas des fibres ascendantes atteintes de dégénérescence secondaire directe, mais des fibres descendantes présentant la dégénérescence wallérienne indirecte.

II.—Faisceau vestibulo-spinal.

Les auteurs discutent encore sur l'origine réelle des fibres de ce faisceau que les uns localisent dans le cervelet (Marchi, Biedl, Basilewki), d'autres à la fois dans le cervelet et dans le noyau de Deiters (Thomas, Probst), d'autres encore exclusivement dans cette dernière masse grise (Ferrier et Torner, Russell, Mott, Van Ge-

huchten, Probst). Nous reviendrons sur cette question dans un autre travail. Pour le moment nous nous contentons d'affirmer que, d'après nos recherches, *aucune fibre descendante du cordon antérieur de la moelle ne provient directement du cervelet*; un certain nombre de ces fibres, occupant la zone marginale du cordon antérieur, proviennent incontestablement du noyau de Deiters, en formant un faisceau plus ou moins compact que l'on peut désigner, avec Kohnstamm, sous le nom de *faisceau vestibulo-spinal*.

En se basant sur ses recherches expérimentales, Probst admet que ce faisceau, qu'il désigne sous le nom de *Kleinhirn-Vorderstrangbahn*, renferme, comme le faisceau de Monakow, des fibres descendantes et des fibres ascendantes. Après hémisection de la moelle cervicale et une *survie de plusieurs semaines*, Probst a vu en dégénérescence des fibres occupant la périphérie du cordon antérieur, zone occupée par son Kleinhirn-Vorderstrangbahn. Ces fibres dégénérées pouvaient se poursuivre jusque dans le noyau de Deiters où elles se terminent «mit Aufsplitterungen». Ces fibres ascendantes semblent être aussi nombreuses que les fibres descendantes. Il les considère comme des fibres de la voie sensitive centrale ayant une origine médullaire et provenant probablement des cellules nerveuses de la corne postérieure du côté opposé. Comme le noyau de Deiters est aussi lieu d'origine d'un grand nombre de fibres descendantes, Probst est tenté d'attribuer à cette masse grise une importance considérable en égard au nombre considérable de fibres nerveuses qui se mettent en connexion avec elle. «Ich möchte, dit-il, p. 214, hier auf andere Fasern dieses Bündels noch hinweisen auf die bisher noch Niemand aufmerksam machte. In dem Bündel (Kleinhirn-Vorderstrangbündel), dessen Zug vom Deiters'schen Kern zum Vorderstrang ich eben beschrieb, verlaufen nämlich nicht nur absteigend, sondern auch aufsteigend degenerirende Fasern, die man nach peripherer Verletzung im Vorderstrang des Halsmarkes, wenn diese gut glückt, isolirt von den ventralen Randzone des Vorderstranges aus lateral zu den Oliven und von da mit den vom Facialiskerns zur Schlinge aufsteigenden Fasern verfolgen kann, bis sie den Deiters'schen Kern erreichen und sich hier aufsplittern. Die Anzahl der aufsteigend degenerirenden Fasern dieses Bündels ist ungefähr gleich der Anzahl der absteigend degenerirenden Fasern... Einzelne dieser aufsteigenden Fasern ziehen durch den Deiters'schen Kern hindurch und gelangen zum Oberwurm». Probst (1) conclut de ses recherches: «Das Bündel vom Deiters'schen Kern zum ventralen

(1) Probst: Ueber vom Vierhügel... Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunden. 1899.

Randzonenbündel des Rückenmarks enthält also auf-und absteigend degenerirende Fasern, leitet aller Wahrscheinlichkeit nach centrifugal und centripetal», opinion qu'il soutient encore en 1902.

Comme le faisceau de v. Monakow, le faisceau vestibulo-spinal renfermerait donc à la fois des fibres ascendantes et des fibres descendantes.

Nos recherches ne confirment pas ces conclusions de Probst.

Dans les hémisections de la moelle cervicale faites chez le lapin, nous n'avons jamais trouvé de dégénérescence dans le faisceau vestibulo-spinal au-dessus du point lésé, chez les lapins tués 14 ou 15 jours après le traumatisme. Chez les animaux, au contraire, qui avaient survécu 30 à 40 jours, la dégénérescence du bout central de ce faisceau intéressait toutes les fibres et était aussi intense que chez les animaux tués 15 jours après la destruction directe du noyau de Deiters fig. 23 à 27. Les recherches que nous avons faites avec la méthode de Nissl, et sur lesquelles nous reviendrons en détail dans un autre travail, démontrent que, 15 jours après une hémisection de la moelle cervicale, presque toutes les cellules du noyau de Deiters du côté correspondant sont en chromolyse intense.

La dégénérescence wallérienne qui survient dans les fibres du bout central du faisceau vestibulo-spinal n'est donc pas une dégénérescence secondaire *directe*, puisque ces fibres ne dégénèrent pas 15 jours après leur interruption. C'est *une dégénérescence secondaire indirecte* consécutive à l'atrophie rapide des cellules d'origine. S'il en est ainsi, on ne peut pas se baser sur l'existence de fibres dégénérées dans le bout central de ce faisceau *plusieurs semaines* après sa lésion, comme le fait Probst, pour conclure à l'existence de fibres ascendantes.

Dans un cas de foyer de ramollissement du bulbe ayant intéressé les fibres post-olivaires chez l'homme, Babinski et Nageotte (1) ont également pu poursuivre, au-dessus du foyer, des fibres en dégénérescence jusque dans le noyau de Deiters. «Ces fibres sont évidemment, disent-ils, les mêmes que celles que Probst a vues chez des animaux et qu'il a décrites comme des fibres ascendantes venant de la moelle et destinées au noyau de Deiters. On doit se demander si ces fibres ne représentarient pas plutôt une dégénérescence ascendante du faisceau descendant que nous venons de décrire, comparable à la dégénérescence centripète que nous avons admise pour le ruban de Reil». Nos recherches expérimentales démontrent que cette supposition de Ba-

(1) Babinski et Nageotte: Hémiasynergie, latéropulsion et myosis bulbaires avec hémianesthésie et hémiplégie croisées. Nouvelle Iconographie de la Salpétriére, nº 6, 1892.

binski et Nageotte exprime bien la réalité des faits, avec cette différence que la dégénérescence des fibres du bout central du faisceau vestibulo-spinal n'est pas une dégénérescence ascendante ou centripète, mais réellement descendante et centrifuge.

CONCLUSIONS

Nos recherches nous conduisent à admettre que:

1.° Le faisceau vestibulo-spinal est formé exclusivement de fibres descendantes.

2.° La lésion des fibres de ce faisceau à la partie supérieure de la moelle cervicale entraîne l'atrophie rapide d'un grand nombre de cellules du noyau de Deiters.

3° Les fibres du bout central de ce faisceau, à la suite de l'atrophie de leurs cellules d'origine, subissent la dégénérescence wallérienne indirecte.

III.—Pédoncule cérébelleux moyen.

Nous savons que les fibres du pédoncule cérébelleux moyen réunissent les masses grises du pont à l'écorce cérébelleuse, mais les auteurs discutent encore pour savoir si ces fibres sont des fibres ponto-cérébelleuses, ou des fibres cérébello-protubérantielles, ou les deux à la fois.

L'existence de deux espèces de fibres nerveuses a été admise par Bechterew (1) en se basant sur l'étude de la myélinisation des fibres nerveuses.

Les recherches expérimentales entreprises par la méthode de Marchi n'ont pas donné de résultats concordants.

Pour Marchi (2), le bras du pont est formé à la fois de fibres commissurales et de fibres cérébello-protubérantielles. Pour Ferrier et Turner (3), toutes les fibres ont une origine cérébelleuse et se terminent dans les masses grises du pont. Cajal (4) admet que les fibres

---

(1) Bechterew: «Zur Anatomie des Schenkels des Kleinhirns, insbesondere des Brückenarms.» Neurolog. Centralbl., 1885.

(2) Marchi: «Sull' origine e decorso dei peduncoli cerebellari e sui loro rapporti cogli altri centri nervosi» (cité d'après: Archives italiennes de Biologie. 1892.

(3) Ferrier et Turner: «A record of experiments illustrative of the symptomatology and degenerations following lesions of the cerebellum.» Philos. Transactions, vol. 185. 1894.

(4) Cajal: «Algunas contribuciones al conocimiento de los ganglios del encefalo.» «VI. Conexiones distantes de las células de Purkinje.» Anales de la Sociedad española de historia natural. 1894.

proximales sont ponto-cérébelleuses et les fibres distales, cérébello-protubérantielles.

Russell (1), Munzer et Wiener (2) ont observé une dégénérescence intense dans le pont de Varole après une lésion étendue de l'écorce cérébelleuse.

Après une destruction étendue de l'écorce cérébelleuse Thomas (3) n'a trouvé, dans le pédoncule cérébelleux moyen, qu'un petit nombre de fibres dégénérées. Ayant constaté d'autre part une atrophie notable de la substance grise du pont du côté opposé, il en a conclu «que la majorité des fibres prennent leur origine dans la substance grise du pont et principalement du côté opposé».

D'après Klimoff (4), une lésion cérébelleuse n'entraîne pas de dégénérescence wallérienne dans le pédoncule cérébelleux moyen. Cette dégénérescence ne survient qu'après destruction des noyaux du pont. Il en conclut que les fibres du pédoncule cérébelleux moyen représentent exclusivement un système de fibres centripètes.

Dans les recherches expérimentales que nous avons faites avec Pavlow (5) nous sommes arrivés à la même conclusion.

Dans ces derniers temps la question a été reprise par Orestano, Cajal et Probst.

Après destruction unilatérale du cervelet faite chez des chiens et des chats, Orestano (6) a toujours trouvé une dégénérescence bien nette de toutes les couches de la protubérance, dégénérescence qui intéresse les fibres cérébello-protubérantielles directes et croisées.

Cajal (7) croit que la voie descendante est moins importante qu'il ne l'a admise antérieurement. Il ne nie pas l'existence de fibres cérébello-protubérantielles, mais il présume que, si ces fibres existent, elles doivent former une minorité insignifiante en comparaison des fibres afférentes ponto-cérébelleuses qui constituent la masse principale des pédoncules cérébelleux moyens.

---

(1) Russell: «Degenerations censequent on experimental lesions of the cerebellum.» Philosoph. Transactions of the R. Soc., Vol. 186, 1896.

(2) Munzer et Wiener: «Beitrage zur Anatomie des Centralnervensystems.» Prager medecin. Wochenschrift, 1895.

(3) Thomas: «Le cervelet.» Paris, 1897.

(4) Klimoff: «Ueber die Leitungsbaknen des Kleinhirns. Archiv f. Anat. und Phys., Anat. Abth., 1899.

(5) Van Gehuchten: «Anatomie du système nerveux de l'homme.» 3e éd. Vol. , p , 1900.

(6) Orestano: «Le vie cerebellari efferenti.» Riv. di pat. nerv. e mentale. 1901.

(7) Cajal: «Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados.» 5e fasc., p. 305, 1901.

Après destruction d'une moitié du cervelet chez le chat et survie de 27 jours, Probst (1) a observé de nombreuses fibres en dégénérescence dans le pédoncule cérébelleux moyen allant se terminer dans les masses grises du pont du côté opposé. Une partie de ces fibres remonte dans le raphé pour se terminer dans le noyau réticulaire contralatéral.

Après section de pédoncule cérébelleux moyen il a pu poursuivre les dégénérées jusque dans l'écorce grise du lobe médian du cervelet et de l'hémisphère correspondant. S'appuyant sur ces recherches, il admet que le pédoncule cérébelleux moyen est formé de fibres centripètres et de fibres centrifuges. Les fibres eentrifuges sont les moins nombreuses. Elles proviennent de l'écorce grise du cervelet pour se terminer dans les masses grises du pont.

En précence de ces résultats si divergents obtenus par les différents auteurs à l'aide de la méthode, et guidé par nos recherches expérimentales sur la dégénérescence wallérienne indirecte dans les nerfs périphériques et dans les fibres du faisceau rubro-spinal et du faisceau vestibulo-spinal, nous nous sommes demandé si le désaccord entre les auteurs ne proviendrait pas de ce fait que les fibres de pédoncule cérébelleux moyen subissent aussi la dégénérescence secondaire du bout central. Ce qui nous semblait plaider en faveur de cette manière de voir, c'était le fait suivant qui nous a vivement frappé: les auteurs qui n'ont pas trouvé dégénérescence dans le pédoncule cérébelleux moyen après destruction de l'écorce cérébelleuse (Thomas, Klimoff, Van Gehuchten et Pavlow) ont tué leurs animaux 12, 15 ou 18 jours après l'opération, tandis que dans tous les cas où la dégénérescence des fibres protubérantielles était indiscutable (Marchi, Ferrier et Turner, Russell, Orestano et Prosbst), les animaux avaient survécu plusieurs semaines ou plusieurs mois à l'intervention opératoire.

Guidé par ces considérations nous avons pratiqué, chez quelques animaux, soit la section du pédoncule cérébelleux moyen, soit la destruction d'une partie étendue d'un des hémisphères cérébelleux. Quelques-uns de ces animaux ont été tués 12 à 15 jours après l'opération. Dans le pont de Varole, traité par la méthode de Marchi, nous n'avons jamais trouvé la moindre trace de dégénérescence.

D'autres animaux n'ont été tués que 35, 40 ou 45 jours après la lésion expérimentale. Chez tous nous avons obtenu une dégénérescence wallérienne intense de toutes les fibres du pédoncule cérébelleux cor-

(1) Probst: «Zur Anatomie und Pyhsiologie des Kleinhirns.» Archiv f. Psychiatrie, Bd. 35, 1902.

respondant, fig. 22. Arrivées dans le pont de Varole, ces fibres passent devant ou derrière le faisceau pyramidal, quelques-unes d'entre elles s'insinuent même entre les fibres de ce dernier faisceau. Un grand nombre de ces fibres croisent la ligne médiane et peuvent se poursuivre jusque dans les masses grises du pont du côté opposé, principalement la masse de cellules nerveuses situées entre le faisceau pyramidal contralatéral et le faisceau arqué appartenant à la voie acoustique (1). Jamais il n'y a dégénérescence dans le pédoncule cérébelleux moyen contralatéral.

Les fibres les plus profondes du pédoncule lésé, arrivées au niveau du raphé, se recourbent dans celui-ci en prenant une direction antéro-postérieure, pour s'incliner, après un trajet plus ou moins long, dans la formation réticulaire du métencéphale de chaque côté du raphé.

Les fibres les plus superfielles s'inclinent également quelque peu en arrière au niveau de la ligne médiane avant de pénétrer dans la moitié opposé du pont. Il résulte d'une telle disposition que, dans la moitié homolatérale du pont les fibres dégénérées prédominent dans les couches superficielles et profondes, tandis que du côté opposé à la lésion ce sont surtout les fibres moyennes qui sont envahies par la dégénérescence.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux que nous avons obtenus plus haut pour les fibres du faisceau rubro-spinal et du faisceau vestibulo-spinal. Ils ne permettent qu'une seule interprétation: c'est que la dégénérescence quelque peu *tardive* des fibres du pédoncule cérébelleux moyen tient uniquement à ce fait que c'est une *dégénérescence wallérienne inderecte*, nécessitant pour se produire l'atrophie rapide des cellules du noyau de pont et de certaines cellules de la calotte protubérantielle.

Une conclusion plus ou moins analogue a été formulée par Thomas. «Si le pédoncule cérébelleux moyen s'atrophie consécutivement à une lésion cérébelleuse, dit-il, c'est en partie parce que quelques-unes de ses fibres qui prennent origine dans la corticalité cérébelleuse dégénèrent et surtout parce que le pédoncule cérébelleux moyen, étant uue voie courte, doit subir très rapidement la dégénérence rétrograde».

Mais cette *dégénérescence* n'a pas été *vue* directement par Thomas. Il en suppose uniquement l'existence en se basant sur l'absence presque complète de dégénérescence wallérienne dans le pont de Varole trois semaines après l'hémiextirpation du cervelet chez le chien, et la

(1) A. Van Gehuchten: «Recherches sur la voie acoustique centrale». La Névraxe, Vol. IV, 1902.

diminution du nombre des cellules dans la substance grise du pont du côté opposé trois mois après la même opération. Il ne dit d'ailleurs pas si cette dégénérescence rétrograde est une dégénérescence *walélrienne*, que la méthode de Marchi permet de mettre en évidence, ou bien s'il emploie cette expression de dégénérescence rétrograde dans le sens de Klippel et Durante qui l'appliquent à *toute* modification dégénérative ou atrophique survenant dans le bout central d'une fibre nerveuse interrompue.

Conclusions. De nos recherches sur les dégénérencences consécutives à la lésion du pédoncule cérébelleux moyen chez le lapin adulte, nous croyons pouvoir conclure:

1° Les fibres du pédoncule cérébelleux moyen ne sont par des fibres centrifuges ou fibres ayant leur origine dans le cervelet, car si elles l'étaient, elles devaient être en dégénérescence dans leur bout périphérique ou leur trajet protubérantiel, 15 jours après la section du pédoncule ou lésion de l'écorce cérébelleuse.

2° Les fibres du pédoncule cérébelleux moyen sont en réalité des fibres centripètes. Elles ont leurs cellules d'origine dans les masses grises du pont du même côté et du côté opposé, ainsi que dans la formation réticulaire de la calotte protubérantielle. Ce sont donc des *fibres ponto-cérébelleuses* et *réticulo-cérébelleuses* directes et croisées.

3° La dégénérescence qui survient dans le bout central de ces fibres n'est pas une dégénérescence rétrograde, c'est une dégénérescence wallérienne indirecte consécutive à l'atrophie rapide des cellules du pont et de la formation réticulaire.

4° Le pont de Varole ne renferme pas de fibres commissurales reliant entre eux les deux hémisphères cérébelleux.

IV.—Fibres réticulo-spinales ventrales.

Quand on pratique une hémisection de la moelle au niveau du premier nerf cervical et qu'on laisse survivre les animaux 12 à 15 jours au moins à la lésion expérimentale, on trouve, au niveau des premiers segments cervicaux, une dégénérescence très abondante dans toute l'étendue du cordon antéro-latéral, mais prédominant surtout dans la partie postérieure du cordon latéral et dans la zone marginale du cordon antérieur, ainsi que Thomas (1) l'a montré il n'y a pas longtemps. Au fur et à mesure que l'on descend dans la moelle épinière, les fibres dégénerées disparaissent dans la région intermédiaire pour se canton-

(1) Thomas. «Etude sur quelques faisceaux descendants de la moelle. Journal de Physiologie et de pathoiogie générale, 1899.

ner dans l'aire du faisceau pyramidal latéral et dans la zone marginale du cordon antérieur.

L'aire du faisceau pyramidal latéral est essentiellement formée par les fibres cortico-spinales, par les fibres rubro-spinales et par certaines fibres descendantes provenant de la formation réticulaire du métencéphale du côté opposé, fibres sur lesquelles nous reviendrons plus loin, et que l'on pourrait appeler *fiibres météncéphalo-spinales latérales.*

Parmi les fibres dégénérées du cordon antérieur, les unes sont incontestablement la continuation dans la moelle des fibres du faisceau longitudinal postérieur, ainsi que cela résulte des recherches de Thomas, de Probst et des nôtres. Les autres proviennent du noyau de Deiters par le faisceau vestibulo-spinal. D'autres encore proviennent de la formation réticulaire du pont (Probst) et de la moelle allongée, *fibres réticulo-spinales ventrales* sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Probst admet qu'un certain nombre de ces fibres proviendraient encore des tubercules quadrijumeaux supérieurs par sa Vierhügel-Vorderstangbahn; mais dans les recherches expérimentales que Pavlow (1) a faites dans notre laboratoire, ces fibres descendantes ne dépassaient pas la partie inférieure du bulbe. Dans l'état actuel de la science, les fibres descendantes du cordon antérieur de la moelle sont donc, au moins chez le lapiu, des fibres du faisceau longitudinal postérieur, des fibres du faisceau vestibulo-spinal et les fibres réticulo-spinales ventrales (2).

A côté de ces fibres descendantes, Probst (3) admet l'existence, dans la zone marginale du cordon antérieur, de quatre *voies ascendantse.*

1° Des fibres qui se rendent sur la face interne du corps restiforme et, avec ce dernier, dans l'écorce du ver du cervelet.

2° Des fibres ascendantes qui passent du côté-ventral de l'olive inférieure, pour constituer la partie la plus latérale du lemniscus médian et se rendre avec lui jusque dans le noyau ventral de la couche optique.

3° Des fibres se rendant, par la même voie que le faisceau vestibulo-spinal, dans le noyau de Deiters du même côté où elles se ter-

(1) Pavlow: «Le faisceau longitudinal prédorsal ou faisceau tecto-bulbaire.» Le Névraxe, Vol, 1. 1900.

(2) Nous ne parlons pas de fibres-cortico-spinales dans le cordon antérieur, parce que ces fibres manquent chez la plupart des mammifères.

(3) Probst: «Zur Anatomie und Physiologie des Kleinhirns». Archiv f. Psychiatrie. Bd. 31, 1903.

minent, fibres ascendantes ayant probablement leurs cellules d'origine dans la corne grise postérieure du côté opposé.

4° Un faisceau des fibres nerveuses qui passe sur la face dorso-latérale de la pyramide bulbaire, pour longer le raphé au devant du faisceau longitudinal postérieur. Il est formé d'un petit nombre de fibres de gros calibre qui occupent l'aire du faisceau descendant des tubercules quadrijumeaux et se laisse poursuivre jusqn'à l'endroit où apparaîi le noyau moteur du trijumeau. «Dieser vierte Faserzug, der von der ventralen Randzone des obersten Halsmarkes proximal bis in die Trigeminuskerngegend verfolgbar ist, giebt während seines Verlaufes seitlich Fasern in die Substantia reticularis ab, die bei den grossen zerstreut liegenden Ganglienzellen der Substantia reticularis endigen. In der Quintusgegend sind nur wenige Fasern vorhanden, die alle in der Substantia reticularis daselbst verschwinden.»

Après avoir décrit ces quatre voies ascendantes contenues dans la zone ventrale du cordon antérieur, Probst conclut, «Die anatomische Ergebnisse dieser Versuche sind, wie wir gesehen haben, äusserst lehrreich, indem dadurch die vier oben dargestellten Bahnen, die bisher unbekannt waren. ganz isolirt dargestellt werden konnten.»

Dans les nombreuses recherches expérimentales que nous avons faites sur le lapin, consistant dans une hémisection plus ou moins complète de la moelle cervicale supérieure ayant intéressé la zone marginale du cordon antérieur, nous n'avons jamais observé la dégénérescence du faisceau médullo-cérébelleux, ni du faisceau médullo-optique décrits par Probst.

Quand nos animaux n'avaient survécu qu'une quinzaine de jours à la lésion expérimentale, il n'y avait pas non plus de dégénérescence ni dans le faisceau vestibulo-spinal, ni dans la substance réticulaire blanche du bulbe. Au contraire, chez les lapins tués 30 á 40 jours après l'hémisection de la moelle, il y avait une dégénérescence manifeste dans les fibres du bout central du faisceau vestibulo-spinal, pouvant se poursuivre jusque dans le noyau de Deiters, fig. 24 à 27. Mais ces fibres en dégénérescence ne sont pas des fibres ascendantes atteintes de dégénérescence wallérienne directe, mais bien des fibres *descendantes* envahies par la dégénérescence wallérienne indirecte, ainsi que nous l'avons montré plus haut.

A côté de ces fibres vestibulo-spinales, il existe encore, au-dessus du point lésé, des fibres en dégénérescence qui remontent dans la substance réticulaire blanche du bulbe, un peu en dehors du raphé et que l'on peut poursuivre jusque dans la partie proximale du métencéphale, fig. 24 à 29. En remontant dans le tronc cérébral ces fibres

s'inclinent lentement en arrière, de façon à se rapprocher insensiblement du faisceau longitudinal postérieur. De plus, ces fibres diminuent également en nombre et cela parce que, pendant leur trajet dans l'axe nerveux, certaines d'entre elles se recourbent soit dans la formation réticulaire homolatérale du bulbe ou du métencéphale, soit, après avoir passé le raphé, dans la formation réticulaire du côté opposé. Au moment où ces fibres homolatérales quittent le faisceau longitudinal prédorsal, elles s'inclinent en avant et en dehors, fig. 27 bis et 28, s'insinuent entre les fibres de la formation réticulaire où elles semblent se perdre. Les fibres hétérolatérales croisent d'abord le raphé en s'inclinant en arrière, puis courent horizontalement dans la partie dorsale de la formation réticulaire pour s'incliner bientôt en avant et en dehors (fig. 25 bis et 29). Quelques-unes d'entre elles se laissent poursuivre jusque dans le noyau de Deiters du même côté et surtout jusque dans celui du côté opposé. Ces fibres ne dépassent pas le métencéphale, de telle sorte que, dans les coupes transversales de la partie inférieure du mésencéphale, fig. 31, il n'existe plus de fibres en dégénérescence dans la partie médiane de la formation réticulaire.

Ces fibres en dégénérescence nous paraissent être les mêmes que celles décrites deux fois par Probst: tantôt comme fibres descendantes ou motrices après une lésion de la partie latérale de la formation réticulaire du pont, tantôt comme fibres ascendantes ou sensitives après section de la zone marginale du cordon antérieur, et qu'il considère comme formant une voie *ascendante* entre la moelle et les cellules de la formation réticulaire du métencéphale.

D'après nos recherches, il ne s'agit pas là de fibres ascendantes atteintes de dégénérescence wallérienne directe, comme Probst l'affirme; ces fibres ascendantes n'existent pas. Ce sont des *fibres descendantes, atteintes de dégénérescence wallérienne indirecte.* Ces fibres ont leurs cellules d'origine dans la formation réticulaire du myélencéphale et du métencéphale des deux côtés et doivent se terminer dans la substance grise de la moelle. Ce ne sont donc pas des fibres sensitives médullo-mésencéphaliques, mais bien des fibres motrices *réticulo-spinales ventrales.*

Ce qui prouve que ce ne sont pas des fibres ascendantes ayant leurs cellules d'origine dans la moelle, c'est qu'elles ne dégénèrent jamais au-dessus du point lésé, chez des lapins tués 12 à 15 jours après l'hémisection de la moelle cervicale ayant intéressé la zone marginale du cordon antérieur.

Ce qui tend à prouver que ce sont réellement des fibres descendantes ayant leurs cellules d'origine au-dessus du point lésé, c'est que,

chez les animaux tués 12 à 15 jours après l'hémisection médullaire, la méthode de Nissl révèle l'existence, dans la formation réticulaire du bulbe et du métencéphale, d'un grand nombre de cellules nerveuses en état de chromolyse intense voisin de l'achromatose. Ces cellules lésées sont volumineuses et appartiennent au type moteur de Nissl. Elles sont éparpillées, sans ordre apparent, dans la formation réticulaire aussi bien du côté correspondant à la lésion expérimentale que du côté opposé.

Ces faits confirment les observations antérieures de Kohnstamm (1). Après hémisection de la moelle faite entre le premier et le deuxième segment cervical du lapin, cet auteur a trouvé en chromolyse près de la moitié des cellules nerveuses éparpillées dans la formation réticulaire, depuis la région des tubercules quadrijumeaux inférieurs jusqu'à l'entrecroisement des pyramides, cellules nerveuses qui par leur ensemble forment le *noyau diffus à grandes cellules* (Nucleus magnicellularis diffusus) de Kölliker. Kohnstamm le désigne sous le nom de *noyau du faisceau réticulo-spinal ventral et latéral*. Le nombre des cellules en chromolyse du côté opposé à la lésion est si grand, dit cet auteur, qu'il est impossible d'attribuer leur état chromolytique à une lésion concomitante du cordon ventral du côté opposé; il rend fort probable l'existence d'une voie croisée.

Dans nos recherches expérimentales l'hémisection de la moelle n'a jamais été complète; la partie du cordon antérieur voisine de la fissure médiane a toujours été respectée, à plus forte raison les fibres du cordon antérieur du côté opposé. Malgré cela, de la chromolyse survient dans un bon nombre de cellules de la formation réticulaire du côté opposé. Nous devons en conclure que, le long de la moelle cervicale, les *fibres réticulo-spinales ventrales* sont à la fois des fibres directes et des fibres croisées. Cette conclusion se trouve raffermie par l'étude des coupes transversales provenant du tronc cérébral de lapins tués 30 et 40 jours après l'hémisection de la moelle. Sur ces coupes on voit manifestement que les fibres en dégénérescence quittent, à un moment donné, le faisceau longitudinal prédorsal pour s'incliner, soit dans la formation réticulaire du même côté, soit, après entrecroisement dans le raphé, dans la formation réticulaire du côté opposé.

Si à ces deux faits: absence de dégénérescence ascendante 15 jours après la lésion expérimentale et état chromolytique intense d'un grand nombre de cellules de la formation réticulaire, nous ajoutons cet autre fait que ces fibres dégénèrent tardivement après une survie de 30 à 40

(1) Kohnstamm: Loc. cit.

jours, nous sommes amené à conclure que la dégénérescence de ces fibres au-dessus du point lésé est une dégénérescence wallérienne indirecte, identique à celle que nous avons vu survenir dans le bout central des fibres du faisceau rubro-spinal, du faisceau vestibulo-spinal et du pédoncule cérébelleux moyen.

Il est d'ailleurs un dernier fait, que nous n'avons pas encore signalé, qui vient hautement á l'appui de notre manière de voir.

On sait que, dans l'étude des dégénérescences secondaires *directes* par la méthode de Marchi, il est parfois très difficile d'établir le lieu de terminaison des fibres en dégénérescence. Dans les nombreuses recherches expérimentales qui ont été faites dans notre laboratoire sur les fibres du faisceau rubro-spinal et du faisceau vestibulo-spinal, nous ne sommes jamais parvenu à poursuivre ces fibres dégénérées jusque *dans la substance grise*. D'autres auteurs ont été plus heureux.

C'est ainsi que Probst affirme qu'il a toujours pu poursuivre la dégénérescence des ramifications collatérales des fibres descendantes de la moelle jusque dans la corne grise antérieure. Mais cette observation ne doit pas être facile et la dégénérescence de ces collatérales dans la substance grise n'être pas bien nette, puisque, dans un travail récent, P. Marie et G. Guillain (1) annoncent que, dans l'étude des dégénérescences secondaires du faisceau pyramidal antérieur chez l'homme, il leur a toujours été impossible de poursuivre les fibres en dégénérescence vers l'une ou l'autre des cornes de la moelle. Ils pensent que «ce fait tient à ce que les collatérales du faisceau pyramidal ne possèdent pas de gaine de myéline et, partant, ne sont pas visibles avec les méthodes employées».

La méthode de Marchi est plus fidèle pour l'étude des terminaisons dans la substance grise des neurones sensibles périphériques. C'est ainsi que, dans nos recherches expérimentales sur la terminaison centrale des fibres des racines postérieures des nerfs spinaux (2), des fibres du faisceau solitaire (3) et des fibres de la racine bulbo-spinale du nerf trijumeau (4), nous avons toujours pu poursuivre les fibres en dégénérescence jusque plus ou moins loin dans la substance

(1) Marie et Guillain: «Le faisceau pyramidal direct et le faisceau en croissant». La Semaine Médicale, 1903, p. 22.
(2) Van Gehuchten: «La racine postérieure du huitiéme nerf cervical et du premier nerf dorsal». Le Névraxe, Vol. IV., 1902.—«La racine postérieure de deux premiers nerfs cervicaux». Le Névraxe, Vol. II, 1900.
(3) Van Gehuchten: «Le faisceau solitaire». Le Névraxe, Vol. I, 1900.
(4) Van Gehuchten: «La racine bulbo-spinale du nerf trijumeau et la racine postérieure des deux premiers nerfs cervicaux». Le Névraxe, Vol. II, 1900.

grise. Mais, même dans ces cas extrêmement favorables, les boules de myéline sont beaucoup plus grêles, plus fines et la terminaison exacte est encore difficle à établir.

Il en est tout autrement pour les fibres du bout central du faisceau vestibulo-spinal et du faisceau rubro-spinal atteintes de dégénérescence wallérienne indirecte. La méthode de Marchi permet de suivre ces fibres *jusque dans la substance grise elle-même*. De plus, les boules de myéline conservent leur volume jusqu'à l'extrémité même de la fibre en dégérérescence. Ces fibres dégénérées se présentent, dans ces masses grises, absolument comme les fibres intrabulbaires du nerf hypoglosse arraché, dans le noyau qui leur donnent origine. Dans le noyau rouge et dans le noyau de Deiters, les fibres dégénérées au-dessus du point sectionné ne se terminent pas «mit Aufsplitterungen» comme l'affirme Probst, mais chacune de ces fibres peut se poursuivre indivise jusque dans le noyau d'origine, de la même façon que les fibres de l'hypoglosse dans la masse grise correspondante du bulbe.

Cet aspect différent que présente la fibre atteinte de dégénérescence wallérienne indirecte *dans la masse grise dont elle provient* et la fibre atteinte de dégénérescence wallérienne directe *dans la masse grise où elle se termine* permet encore de distinguer l'une et l'autre, la dégénérescence wallérienne directe et la dégénérescence wallérienne indirecte. Or, sous ce rapport, les *fibres réticulo-spinales ventrales* se comportent comme des fibres atteintes de dégénérescence wallérienne indirecte.

Conclusions.— De ces recherches se dégagent donc les conclusions suivantes:

1. La voie ascendante médullo-métencéphalique décrite par Probst n'existe pas, pas plus que les autres voies ascendantes décrites par cet auteur dans le cordon antérieur de la moelle cervicale.

2. Les fibres que Probst a obtenues en dégénérescence sont en réalité des fibres *descendantes*, reliant la formation réticulaire du métencéphale à la substance grise de la moelle.

3. Cette connexion réticulo-spinale ventrale est à la fois directe et croisée.

4. Les fibres de cette voie descendante, interrompues dans leur trajet, dégénèrent à la fois et dans leur bout périphérique et dans leur bout central.

De l'ensemble de nos recherches sur les modifications consécutives à des lésions expérimentales de certaines voies nerveuses de l'axe cé-

rébro-spinal se dégage donc cette conclusion importante, c'est que «les fibres du faisceau rubro-spinal, les fibres du faisceau vestibulo-spinal, les fibres constituantes du pédoncule cérébelleux moyen et les fibres réticulo-spinales ventrales, interrompues dans leur trajet, dégénèrent dans leur bout central aussi bien que dans leur bout périphérique».

La dégénérescence du bout central ressemble en tous points, au moins si on l'étudie avec la méthode de Marchi, à celle du bout périphérique. Ce n'est pas une dégénérescence ascendante intéressant des fibres sensitives, ni une dégénérescence cellulipète ou rétrograde intéressant des fibres motrices et remontant du point lésé vers les cellules d'origine; c'est une degénerescence descendante, cellulifuge, consécutive à l'atrophie rapide des cellules d'origine, *véritable dégénérescence wallérienne* que nous pouvons désigner sous le nom de *dégénérescence secondaire* INDIRECTE ou *centrale* por la distinguer de la *dégénérescence secondaire* DIRECTE qui intéresse les fibres du bout périphérique.

En étudiant la dégénérescence wallérienne indirecte dans les nerfs périphériques, nous avons vu que, de tous les nerfs moteurs, les fibres motrices du pneumogastrique qui ont leurs cellules d'origine dans le noyau dorsal sont les seules qui présentent la dégénérescence du bout central après la simple *section* du nerf.

Pour toutes les autres nerfs périphériques la simple section ne suffit pas; il faut pratiquer l'*arrachement* du nerf pour déterminer dans les cellules d'origine des modifications assez profondes, capables d'entraîner leur atrophie rapide et, comme conséquence, la dégénérescence wallérienne de toutes les fibres du bout central.

C'est au point que la plupart des auteurs sont disposés à attribuer cette dégénérescence centrale au traumatisme lui-même: l'arrachèment du nerf faisant sentir son action directement sur les cellules d'origine. Nous avons vu plus haut que, si une pareille hypothèse pourrait à la rigueur être admise pour les nerfs spinaux, à cause de la petite distance qui sépare le point rupturé des cellules d'origine, cette influence traumatique pouvait s'appliquer plus difficilement au nerf hypoglosse et surtout au nerf facial dont les fibres décrivent un trajet compliqué pour se rendre de leur origine apparente à leur origine réelle.

Les faits que nous avons observés dans le système nerveux central viennent à l'appui de notre manière de voir. Ici, en effet, on ne pratique que la simple *section* des fibres nerveuses, à une distance souvent considérable de leurs cellules d'origine (section des fibres rubro-spi-

nales au niveau du premier nerf cervical alors que le noyau rouge est dans le mésencéphale); malgré cela, toutes les fibres du bout central sont envahies par la dégénérescence wallérienne, dégénérescence consécutive à l'atrophie rapide des cellules d'origine.

Mais les fibres rubro-spinales, vestibulo-spinales, ponto-cérébelleuses et réticulo-spinales ventrales ne sont pas les seules fibres sur lesquelles ont porté nos recherches expérimentales. En pratiquant l'hémisection de la moelle au niveau du premier nerf cervical, nous avons interrompu encore les fibres du faisceau pyramidal latéral, les fibres du faisceau cérébelleux direct, les fibres du faisceau de Gowers et une partie plus ou moins grande des fibres des cordons postérieurs.

Dans nos nombreuses recherches expérimentales, malgré une survie de 30, 35, 40 et 60 jours, *nous n'avons jamais observé de dégénérescence wallérienne dans les fibres du bout central de ces différents faisceaux nerveux.*

Ces résultats négatifs ont également leur valeur. Ils prouvent que les neurones qui entrent dans la constitution de l'axe cérébro-spinal offrent, au traumatisme de leur prolongement cylindraxile, une résistance variable; conclusion entièrement conforme à celle que nous avons formulée, il y a quelques années (1) déjà, à la suite des recherches expérimentales entreprises avec la méthode de Nissl.

Quand la dégénérescence du bout central survient, elle est consécutive, avons-nous vu, à l'atrophie rapide des cellules d'origine. Nous pouvons donc conclure de nos résultats négatits que la section du faisceau cérébelleux, du faisceau de Gowers, du faisceau pyramidal latéral et des fibres des cordons postérieurs, faite dans la région cervicale du lapin adulte, n'est pas suivie de l'atrophie rapide des cellules dont toutes ces fibres proviennent. Nos recherches viennent ainsi corroborer par une voie détournée, des résultats acquis antérieurement par d'autres méthodes.

L'absence de dégénérescence wallérienne indirecte dans les fibres des cordons postérieurs ne doit pas nous surprendre, puisque nous savons, de par les recherches de Lugaro (2) et de Van Gehuchten (3), que la section des racines postérieures n'entraîne aucune modification

(1) A. Van Gehuchten: Anatomie du systéme nerveux, 3e éd., vol. I, p 336, 1899.

(2) Lugaro: «Nuovi dati e nouvi problemi nella patologia della cellula nervosa». Rivista di patologia nerv. e mentale, 1896.

(3) Van Gehuchten: «L'anatomie fine de la cellule nerveuse». La cellule, 1898.

dans les cellules des ganglions cérébro-spinaux. La même conclusion s'impose pour les fibres du faisceau de Gowers.

Pour les fibres du faisceau cérébelleux, nous avons établi, par des recherches antérieures (1), que la section de ce faisceau est suivie de la chromolyse des cellules de la colonne de Clarke dans la moitié correspondante de la moelle. L'absence de dégénérescence wallérienne indirecte est, à nos yeux, la preuve que cette chromolyse n'est pas suffisante, au moins chez le lapin, pour entrainer rapidement l'atrophie de ces cellules.

Quant au faisceau pyramidal latéral, nous ignorons encore si, *chez le lapin*, la section de ces fibres, faite à la partie supérieure de la moelle cervicale, est suivie de la chromolyse de certaines cellules pyramidales de l'écorce. Mais, de l'absence de dégénérescence wallérienne indirecte dans ces fibres cortico-spinales, nous devons conclure que, si cette chromolyse existe, elle ne doit pas conduire rapidement à l'atrophie des cellules correspondantes. Nous savons que, dans leurs recherches expérimentales, Ballet et Faure (2) ont observé la disparition des cellules corticales; mais nous ne devons pas oublier que ces auteurs ont opéré sur des chiens et qu'ils ont sectionné les fibres cortico-spinales dans un point très rapproché de leurs cellules d'origine; tandis que dans nos expériences, faites sur des lapins, la section a été pratiquée à une distance beaucoup plus grande. Cette remarque a son importance.

Il résulte, en effet, des recherches déjà anciennes de Forel ainsi que de celles plus récentes de Marinesco et de ses élevès, que, dans la rapidité et l'intensité des phénomènes chromolytiques, la distance qui sépare le lieu de section d'un nerf de son noyau d'origine *peut* intervenir pour une large part; les phénomènes cellulaires réactionels sont d'autant plus rapides et plus intenses que la section est faite plus près de la cellule nerveuse. Une preuve éclatante de ce fait se trouve dans les recherches expérimentales que nous avons faites, et qui ont été confirmées par De Beule (3), sur les nerfs laryngés. Il résulte, en effet, de nos recherches que la section du nerf vague, au-dessous du ganglion noueux, est suivie de la chromolyse intense et de la dispari-

(1) Van Gehuchten: «Etat des réflexes et anatomie pathologique de la moelle lombo-sacrée dans des cas de paraplégie flasque due à une lésion de la moelle cervico-dorsale». Journal de Neurologie, 1898.

(2) Ballet et Faure: «Atrophie des grandes cellules pyramidales dans la zone motrice de l'écorce cérebrale aprés la section expérimentale des fibres de projection chez le chien». La Semaine médicale, 1899.

(3) De Beule: «Recherches expérimentales sur l'innervation motrice du larynx chez le lapin». Le Névraxe. Vol. IV, p. 226, 1902.

tion rapide de toutes les cellules du noyau dorsal, puis de la dégénérescence wallérienne indirecte des fibres correspondantes du bout central. Par contre, la section isolée soit du nerf laryngé supérieur, soit surtout du nerf laryngé inférieur est sans effet appréciable sur ces mêmes cellules nerveuses.

Tous ces faits sont importants à signaler. Ils prouvent d'abord, d'une façon indiscutable, que *la proposition négative renfermée dans la loi de Waller ne peut être maintenue* puisqu'elle ne peut s'appliquer sans restriction aucune, à *tout* cordon nerveux. La loi de Waller doit donc être modifiée. Nous croyons qu'elle serait conforme à la réalité des faits si on la formulait de la façon suivante: Quand on interrompt un cordon nerveux, le bout périphérique, séparé de son centre trophique, dégénère *toujours*. Quant au bout central, resté en rapport avec ce centre, il se comporte d'une façon qui varie d'après la nature du traumatisme qui amené l'interruption et d'après le cordon nerveux que l'on considère. *Ce bout central peut dégénérer*. La dégénérescence du bout périphérique est toujours *précoce*, la dégénérescence du bout central, quand elle survient, est toujuurs plus tardive. La dégénérescence du bout périphérique est une *dégénérescence seiondaire* DIRECTE, consécutive à la lésion experimentale; la dégénérescence du bout central est consécutive à l'atrophie rapide des cellules d'origine: c'est une *dégénérescence secondaire* INDIRECTE.

Comme nous l'avons vu, au début de ce travail, tous les auteurs modernes, pénétrés de l'idée que la loi de Waller est vraie d'une manière absolue, ont appliqué la méthode de Marchi à l'étude des voies nerveuses à la suite de lésions anatomo-pathologiquss et expérimentales; ils ont conclu du sens de la dégénérescence au sens de fonctionnement de ces mêmes fibres nerveuses. Nos recherches actuelles prouvent que c'est là une erreur profonde. Dans l'étude des dégénérescences secondaires faite avec la méthode de Marchi, nous devons être d'une prudence extrême; nous ne pouvons appliquer le principe généralement admis que pour autant que *la durée de survie à la lésion pathologique ou expérimentale n'ait pas dépassé 15 ou 20 jours*.

Dès que la survie est plus longue, la dégénérescence wallérienne indirecte *peut* venir fausser les conclusions basées sur l'étude de la dégénérescence wallérienne directe.

L'exemple le plus typique de la réalité de cette double dégénérescence et des résultats erronnés auxquels elle pourrait conduire se trouve dans le fait suivant. Nous avons établi, dans un travail antérieur, que les fibres du faisceau de Gowers et les fibres du faisceau rubro-

spinal sont plus ou moins mélangées pendant leur trajet dans le pont de Varole et la moelle allongée. La place occupée par les fibres de chacun de ces faisceaux se laisse facilement déterminer par l'étude des dégénérescences secondaires directes, sur des lapins ayant survécu 15 jours à la lésion expérimentale. Chez nos animaux tués 30 à 40 jours après l'hémisection de la moelle cervicale, il n'y a plus moyen de distinguer les fibres du faisceau de Gowers dégénérées dans leur bout périphérique, des fibres du faisceau rubro-spinal dégénérées dans leur bout central. Le faisceau de fibres dégénérées que l'on trouve à la surface du bulbe au-devant du noyau ambigu, fig. 25, du noyau d'origine du facial, fig. 25bis et 26, et de l'olive supérieure, fig. 27 et 27bis, forme une bande continue comprenant à la fois les fibres-spinales et les fibres du faisceau de Gowers.

Il résulte de ces faits que toutes les conclusions formulées par les auteurs sur le trajet ascendant ou descendant de certaines voies nerveuses, basées sur des recherches anatomo-pathologiques ou expérimentales *dans lesquelles on n'a pas tenu compte des conditions spéciales de survie*, sont sujettes à caution.

Il nous est impossible de passer en revue toutes les recherches expérimentales qui demandent à être revisées à lumière de ces connaissances nouvelles. L'exemple le plus typique des graves erreurs que l'on peut commetre, en concluant du sens de la dégénérescence wallérienne au sens d'activité fonctionnelle, nous est fonrni par les recherches multiples entreprises sur les fibres du pédoncule cérébelleux moyen que nous avons relatées plus haut.

Un autre exemple plus démonstratif encore est fourni par les recherches récentes de Probst. Cet auteur a produit un nombre considérable de lésions expérimentales dans les régions les plus diverses du tronc cérébral chez des lapins, des chats et des chiens. Après une survie de *plusieurs semaines*, il a poursuivi avec beaucoup de soin le trajet des fibres en dégénérescence au moyen de la méthode de Marchi. Appliquant la loi de Waller dans toute sa rigueur, il s'est toujours basé sur le sens de la dégénérescence wallérienne pour conclure au sens de la conduction nerveuse. Il en est arrivé ainsi à décrire, dans le système nerveux central, des voies nerveuses dont jusqu'ici on n'avait aucune idée: tel le faisceau ascendant reliant la moelle épinière au noyau de Deiters, tel encore le faisceau ascendant renfermé dans l'aire du faisceau de v. Monakow. Or, *ces voies nerveuses ascendantes n'existent pas*; elles ne sont rien autre que le bout central des voies nerveuses descendantes connues depuis longtemps. Il en est de même pour le faisceau ascendant que Probst décrit dans le cordon

antérieur de la moelle et dont les fibres iraient se terminer dans la formation réticulaire de la calotte protubérantielle. Il en est encore ainsi pour les fibres descendantes du faisceau longitudinal postérieur allant se terminer dans le noyau de Deiters, ainsi que nous le montrerons dans un autre travail.

Parmi les recherches anatomo-pathologiques, nous voulons uniquement appeler l'attention sur la terminaison supérieure des fibres du faisceau de Gowers telle qu'elle résulte des recherches les plus récentes entreprises avec la méthode de Marchi. Hoche (1) et nous même (2) nous avons vu *toutes* les fibres de ce faisceau se terminer dans le lobe médian du cervelet.

V. Solder, Quensel, Amabilino, Bianchini et Henneberg admettent qu'un certain nombre de fibres du faisceau de Gowers ne s'inclinent pas vers le cervelet, mais traversent le mésencéphale pour se terminer dans la couche optique. Nous croyons utile de faire remarquer, en présence de la réalité de la dégénérescence wallérienne indirecte, que le malade de v. Solder avait survécu six semaines à un ramollissement médullaire s'étendant du quatrième segment cervical au deuxième segment dorsal. L'observation de Quensel se rapporte à un cas de compression médullaire ayant persisté 5 à 6 mois; le malade d'Amabilino est mort 40 jours après le traumatisme ayant provoqué une compression de la moelle lombaire supérieure, celui de Bianchini 4 mois après la fracture de la troisième et quatrième vertèbre dorsale. Quant à l'observation de Henneberg elle se rapporte à un cas de myélite aiguë au niveau du quatrième segment dorsal, avec une survie de trois semaines, mais cette survie n'a été comptée qu'à partir du moment où la lésion médullaire était cliniquement reconnaissable. Nous ne connaissons donc pas le moment précis de la lésion des fibres du faisceau de Gowers.

Dans tous ces cas, la durée de la lésion pathologique a été assez longue pour permettre à la dégénérescence wallérienne indirecte de se manifester. Les conclusions que les auteurs ont tirées de leurs recherches sur la terminaison supérieure des fibres du faisceau de Gowers demandent donc à être contrôlées par de nouvelles recherches.

En parlant de la dégénérescence wallérienne indirecte dans les nerfs périphériques, nous avons fait ressortir que l'étude de cette dégénérescence pouvait être utilisée comme une *nouvelle méthode* per-

---

(1) Hoche: «Ueber secundäre Degeneration, speciell des Gowers'schen Bündels» Archiv f. Rsychiatrie, 1896.

(2) Van Gehuchten: «Les voies ascendantes...» Le Névraxe Vol. III, 1901.

mettant de mettre en relief le trajet intracérébral ou intramédullaire des fibres motrices périphériques. La même conclusion s'impose pour certaines voies nerveuses de l'axe nerveux et notamment pour le faisceau rubro-spinal, le faisceau vestibulo-spinal, les fibres du pédoncule cérébelleux moyen, les fibres réticulo-spinales ventrales et bien d'autres encore.

Actuellement, pour étudier le trajet de ces voies nerveuses au moyen de la méthode de Marchi, il faut les sectionner en un point quelconque de leur trajet et étudier la dégénérescence du *bout phériphérique*. Pour déterminer, par la méthode de Marchi, le trajet du *bout central* de chacune de ces voies et surtout les masses grises qui leur donnent origine, il faut des recherches nombreuses et délicates et encore ne conduisent-elles pas toujours à un résultat satisfaisant.

C'est ainsi que l'origine du faisceau rubro-spinal a été localisée dans le cervelet (Marchi), dans la couche optique (Boyce, Bechterew, Sacowitsch), dans le diencéphale et le mésencéphale (Munzer et Wiener), dans le mésencéphale (Redlich). Probst et Pavlow seuls ont détruit directement le noyau rouge et ont observé la dégénérescence descendante; mais ces recherches ne prouvent pas encore par *elles-mêmes* que le noyau rouge est véritablement la lieu d'origine de ces fibres descendantes et cela parce que la lésion *isolée* des *cellules* du noyau rouge est impossible à pratiquer. Les mêmes résultats divergents ont été obtenus, par la méthode de Marchi, pour l'origine du faisceau vestibulo-spinal.

Actuellement, grâce à l'existence de la dégénérescence wallérienne indirecte, cette étude devient beaucoup plus facile.

En pratiquant une hémisection de la moelle cervicale supérieure et en laissant survivre l'animal de 30 à 40 jours, on peut avec la méthode de Marchi, nettement établir le trajet du bout central du faisceau rubro-spinal, au moins depuis l'endroit où il se sépare du faisceau de Gowers jusque dans le noyau rouge du côté opposé. C'est ce qui ressort à toute évidence de l'examen des coupes reproduites dans nos figures (fig. 23 à 34).

La même chose peut se faire pour la partie centrale du faisceau vestibulo-spinal, ainsi que nous le montrerons encore dans un autre travail. La méthode de la dégénérescence wallérienne indirecte peut même nous faire découvrir des voies nerveuses qu'il aurait été difficile de mettre en relief par d'autres méthodes, sinon dans leur trajet, au moins dans leur origine; telle la voie des fibres réticulo-spinales ventrales, fibres dont il serait impossible de détruire *toutes* les cellules d'origine à cause de leur éparpillement dans la formation réticulaire.

Telle encore la voie des *fibres mésencéphalo ou réticulo-spinales latérales*, que nous avons signalées plus haut comme prenant part à la formation de l'aire du faisceau pyramidal latéral de la moelle.

A la suite de ses nombreuses recherches expérimentales, Probst (1) est arrivé à la conclusion que l'aire du faisceau de v. Monakow, le long de la moelle cervicale, renferme au moins quatre espèces de fibres nerveuses:

1.° Des fibres descendantes pourvues d'une gaine épaisse de myéline et provenant du noyau rouge du côté opposé.

2.° Des fibres ascendantes allant se terminer dans cette dernière masse grise.

3.° Des fibres grèles (faisceau M'), qu'il a obtenues en dégénérescence après une lésion de la partie la plus latérale de la substance réticulaire au niveau de l'extrémité proximale du pont de Varole, fibres dont il ignore l'origine, mais qui se rendent dans l'aire du faisceau de v. Monakow du côté opposé en traversant, comme fibres arciformes, la partie ventrale de la calotte protubérantielle.

4.° Des fibres plus grosses dégénérant après la même lésion, mais occupant la partie dorsale de la calotte. Elles descendent d'abord dans la calotte protubérantielle du côté de la lésion, croisent le raphé au niveau du genou du facial, traversent le faisceau longitudinal postérieur du côté opposé, pour se rendre dans la partie dorsale de la substance réticulaire. Arrivées en dedans de la branche radiculaire externe dn facial, elles se recourbent en bas. Elles forment un faisceau distinct qui descend en arrière du noyau du facial et en dedans de la racine bulbo-spinale du trijumeau. Au niveau de l'entrecroisement des pyramides, ce faisceau se trouve entre la corne grise postérieure et le noyau du cordon latéral, plus bas entre la corne postérieure et la corne antérieure où il se mêle avec les fibres les plus internes du faisceau de v. Monakow.

Les résultats de nos recherches expérimentales, basées sur l'étude de la dégénérescence wallérienne indirecte, ne confirment pas ces conclusions de Probst, abstraction faite des fibres ascendantes du faisceau rubro-spinal dont nous avons plus haut démontré la non-existence.

Dans les lésions expérimentales de la moelle cervicale supérieure il n'est pas toujours facile de faite une hémisection complète. Le plus souvent les fibres du cordon antérieur voisines de la fissure médiane échappent à la lésion. Quand la partie ventrale du cordon antérieur

(1) Probst: Uber vom Vierhügel... Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XV, p. 209 et 210, 1899.

avait été intéressée par la lésion, nous avons toujours observé des fibres atteintes de dégénérescence wallérienne indirecte dans le faisceau longitudinal prédorsal. Ce sont les fibres réticulo-spinales ventrales que nous avons pu poursuivre jusque dans la formation réticulaire du bulbe et du pont de Varole et dont un certain nombre proviennent incontestablement du noyau de Deiters des deux côtés, ainsi que nous le montrerons dans un autre travail.

Chez les animaux où la lésion n'avait intéressé que le cordon latéral, nous n'avons jamais trouvé de fibres dégénérées, audessus du point lésé, ni dans le faisceau longitudinal postérieur, ni dans le faisceau longitudinal prédorsal. Nous nous contentons pour le moment de signaler ces résultats négatifs qui ne prouvent rien contre l'opinion de Probst, puisque les fibres de son faisceau M' et les fibres de son faisceau *c* échappent peut-être à la dégénérescence wallérienne indirecte.

Mais nous avons trouvé des fibres en dégénérescence, au-dessus du point lésé, dans la partie latérale de la formation réticulaire, en arrière et en dehors du noyau ambigu, fig. 25, et du noyau du facial, fig. 25bis.

En remontant dans le tronc cérébral, ces fibres s'inclinent lentement en arrière. C'est ainsi qu'à l'endroit où les fibres du faisceau vestibulo-spinal s'inclinent en arrière et en dehors pour croiser la branche radiculaire externe du facial, fig. 26 et 27, les fibres en question son situées au beau milieu des fibres obliques du faisceau vestibulo-spinal. Elles passent alors en arriére du noyau masticateur du nerf trijumeau, fig. 28, et, arrivées près de l'extrémité proximale du pont de Varole, elles changent brusquement de direction: de verticales qu'elles étaient elles deviennent horizontales, fig. 30, s'inclinent transversalement en dedans, passent le raphé en traversant les fibres les plus dorsales du faisceau longitudinal postérieur et peuvent se poursuivre jusque dans la partie la plus latérale de la formation réticulaire du pont. Ce sont là des fibres *mésencéphalo-spinales latérales*, inconnues jusqu'à présent, qui prennent incontestablement part à la constitution de l'aire du faisceau pyramidal du cordon latéral, et dont l'origine et le trajet se trouvent admirablement mis en évidence par la méthode de la dégénérescence wallérienne indirecte.

CONCLUSIONS

Nos recherches sur les dégénérescences consécutives à des lésions expérimentales de l'axe nerveux, faites chez le lapin adulte, nous con-

duisent donc aux mêmes conclusions que celles que nous avons formulées à la suite de nos recherches sur les neurones périphériques.

1° *La loi de Waller n'est pas vraie dans sa proposition négative*: à la suite de la section de la substance blanche de la moelle cervicale, faite chez le lapin, un grand nombre de fibres dégénèrent à la fois et dans leur bout périphérique et dans leur bout central, tandis que d'autres ne dégénèrent que dans leur bout périphérique. Parmi ces dernières nous pouvons citer, dans l'état actuel de nos connaissances: les fibres du faisceau cérébelleux, les fibres du faisceau de Gowers, les fibres du faisceau pyramidal latéral et les fibres radiculaires des cordons postérieurs. Au nombre des premières figurent: les fibres du faisceau rubro-spinal, du faisceau vestibulo-spinal, du pédoncule cérébelleux moyen, certaines fibres descendantes du cordon antérieur de la moelle qui ont leurs cellules d'origine dans la formation réticulaire du bulbe et de la protubérance annulaire ou *fibres réticulo-spinales ventrales*, les fibres métencéphalo-spinales latérales et, probablement aussi, d'autres fibres du faisceau longitudinal postérieur.

2° La dégénérescence qui peut survenir dans le bout central est une véritable dégénérescence secondaire, wallérienne, cellulifuge ou centrifuge, identique à celle qui survient dans le bout périphérique. Elle est consécutive à l'atrophie rapide des cellules d'origine et mérite d'être désignée pour ce motif sous le nom de *dégénérescence wallérienne indirecte*.

3° L'existence de cette dégénérescence wallérienne indirecte du bout central peut être utilisée comme une *méthode nouvelle* dans l'étude des voies nerveuses de l'axe cérébro-spinal.

4° La dégénérescence wallérienne indirecte est plus tardive que la dégénérescence wallérienne directe. La première commence à se manifester dans les centres nerveux environ 20 jours après la lésion expérimentale, alors que la première est généralement en pleine évolution 6, 7 ou 8 jours après le traumatisme. Ce fait, de la plus haute importance, peut être utilisé dans les recherches expérimentales. Quant aux observations anatomo-pathologiques, faites avec la méthode de Marchi dans le névraxe de l'homme, chaque fois que le temps de survie a la lésion initiale aura dépassé 20 jours, on devra se borner à l'avenir à signaler les voies nerveuses en dégénérescence et s'abstenir de conclure du sens de la dégénérescence au sens de l'activité fonctionnelle, jusqu'à ce que les recherches expérimentales et les observations anatomo-pathologiques auront été assez nombreuses pour nous renseigner exactement sur les faisceaux de fibres nerveuses qui subissent la dégénérescence wallérienne indirecte.

N. Les clichés des figures mentionnées dans ce Rapport ne nous étant pas parvenus, nous ne pouvons les reproduire.

COMMUNICATION

ZUR KENNTNISS DER PSEUDOSCLEROSE WESTPHAL-STRUMPELL

par M. le Dr. L. von FRANKL HOCHWART (Wien).

N. Ce travail ne nous est point parvenu pour son insertion.

RECHERCHES EXPERIMENTALES SUR LES LOCALISATIONS MOTRICES SPINALES

par MM. E. BRISSAUD et A. BAUER (Paris).

Depuis quelques années les localisations motrices spinales ont été mises à l'ordre du jour par une série de recherches anatomo-pathologiques et expérimentales. A la suite de ces travaux, diverses opinions, qui d'ailleurs ne s'excluent pas toutes, se sont fait jour: les localisations motrices médullaires sont pour les uns musculaires (Sano), pour d'autres nerveuses (Marinesco), radiculaires (Déjerine), fonctionnelles (Marinesco, Parhon et Goldstein, de Buck) pour d'autres enfin segmenteires (Van Gehuchten et son école.)

Nous avons cherché à vérifier cette dernière opinion en pratiquant, sur les pattes postérieures de têtards, des amputations unilatérales de segments plus au moins étendus, et en examinant le renflement lombaire de ces animaux, de 10 jours à 10 mois après amputation.

Voici les conclusions de nos recherches.

1.° A la suite d'amputation sur le membre inférieur, intéressant tout ou partie de ce membre, des lésions apparaissent dans la moelle épinière.

2.° L'apparition des lésions a lieu quelques jours après l'amputation; la présence de certaines d'entre elles a été constatée 10 mois après l'amputation.

3.° Ces lésions comportent des modifications de la substance grise et de la substance blanche,

4.° Les lésions de la substance blanche paraissent consister en une atrophie totale de la moitié de la moelle correspondant au côté de l'amputation.

5.° L'étendue de l'atrophie, en hauteur et en longeur, dépend surtout de l'étendue du segment amputé; mais l'âge de l'amputé et surtout l'absence de régénération ou le volume de la régénératien lorsqu'elle existe, entrent en ligne de compte,

Il n'y a pas, en apparence au moins, de lésions profondes de structure; l'état de la moelle encore très rudimentaire chez nos têtards et nos grenouilles, ne comporte pas d'ailleurs de profondes modifications de structure.—Tout paraît se limiter à une diminution du nombre des voies conductrices et anastomotiques intra-spinales.

6.° Les lésions de la substance grise semblent à peu près localisées dans les cornes antérieures. Elles consistent en une dégénération assez spéciale des grandes cellules motrices; il s'agit dans la grande majorité des cas d'une dégénération atrophiante qui entraîne la disparition progressive d'une partie plus ou moins étendue du protoplasma cellulaire, souvent de toute une moitié d'un fuseau cellulaire. Le noyau, seul, peut rester fort longtemps comme dernier vestige de la cellule motrice.

7° Ces altérations de la corne antérieure, n'intéressent pas en général la totalité des éléments. Il y a dans la corne malade, un certain nombre d'éléments presque normaux, quoique d'une façon habituelle les éléments du côté amputé soient plus petits.

De tous les éléments qui subsistent, les plus constants et les plus rapprochés de l'état normal sont ceux de la partie interne de la corne.

Les éléments le plus gravement atteints sont ceux de la partie externe.

8° Dans la partie externe, quels sont les éléments qui sont pris? Sans qu'il soit possible d'affirmer l'existence de noyaux distincts dans toutes les moelles, noyaux parmi lesquels on soit en mesure de se repérer, il y a cependant une disposition générale de la lésion atrophiante que l'on retrouve très communément et qui consiste en ce qui suit: lors de l'amputation du tarse, les altérations s'étendent du milieu du segment compris entre les XI et X racines à la partie moyenne ou supérieure du segment compris entre les X et IX racines. Sur cette hauteur, les altérations occupent successivement, de bas en haut, toute la colonne motrice latérale, sur une très petite étendue, puis sa partie externe, et enfin sa partie postéro-externe seulement.

Lors de l'amputation de jambe, les altérations s'élèvent jusqu'au 1/3 moyen du segment compris entre IX et VIII.

Elles occupent successivement de bas en haut d'abord toute la colonne motrice latérale sur une hauteur un peu plus étendue que lors de l'amputation du pied, puis la partie externe et médiane de la colonne cellulaire, enfin sa partie postéro-externe.

Lors de l'amputation de cuisse, les altérations s'élèvent jusque vers VIII; elles occupent toute la colonne motrice latérale jusque vers le milieu du segment compris entre X et IX, puis successivement les parties externe et postéro-externe de cette colonne cellulaire.

9° Il résulte de là qu'à chaque segment du membre inférieur répond, au niveau du renflement lombaire, un groupe plus ou moins limité de cellules radiculaires. Ces groupes semblent s'imbriquer en se superposant, le groupe inférieur tendant toujours à se placer en dehors et en arrière du groupe susjacent.

10. Le volume des racines semble un peu diminué, au niveau des altérations. Les ganglions des racines postérieures sont d'apparence normale.

11. Il existe des relations certainement très importantes entre l'état de la moelle et l'apparition des régénérations. Nous nous proposons de préciser ces rapports dans un travail ultérieur.

SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA DEMARCHE HEMIPLEGIQUE

par Mr. ARTHUR SCHULLER (Wien).

Le trouble de la démarche hémiplégique mérite un intérêt particulier par la valeur *diagnostique*, qui lui appartient. Déjà en 1856 TODD a établit la règle, que le trouble de la marche peut être employé pour différencier l'hémiplégie hystérique de l'hémiplégie organique: «*L'hémiplhégique organique fauche avec la jambe paralysée, l'hystérique la traine sur le sol*».

Je ne veux pas parler ici du trouble, que l'hémiplégique montre dans la marche *avant*; je veux parler de la marche *latérale*, que j'ai étudiée depuis presque deux ans dans un grand nombre de malades.

Dans une petite communication, j'ai déjà publié les résultats, que j'ai trouvés en étudiant la marche de flanc. Je veux les répéter briè-

vement et les compléter par la démonstration de photographies kinématographiques.

L'homme sain marche de flanc, par exemple à la droite, le plus commodèment de cette façon, qu'il s'appuye sur la jambe gauche et qu'il élève en abduction la jambe droite; en inclinant après lentement le tronc vers la droite, il étend la jambe droite et la pose sur le sol; pendant que l'inclination du tronc vers la droite continue, le pas se termine par l'adduction de la jambe gauche, légèrement fléchie. Ainsi la marche de flanc se fait d'une égalité complète vers les deux côtés, sans que les jambes traînent sur le sol.

Un hémiplégique, paralysé par exemple du côté gauche, marche bien à gauche, c'est à dire vers le côté paralysé. La marche vers la droite au contraire est gênée chez lui. L'empêchement est causé par le *glissement de la jambe gauche sur le sol pendant l'adduction*.

Ce fait s'explique simplement par *l'allongement* de la jambe paralysée. D'après WERNICKE-MANN, nous savons que dans le type cérébral commun de l'hémiplégie, la jambe est allongée par l'extension du genou et par la flexion plantaire du pied. Cet allongement ne gêne pas dans la marche de flanc vers le côté malade, parce que dans ce cas le tronc s'incline vers la droite et parce que le malade enlève du sol la jambe gauche en abduction.

Cependant dans la marche de flanc vers le côté sain, où le tronc ne peut être incliné autant vers la droite, l'allongement empêche d'autant plus, que la jambe paralysée s'approche de l'autre.

Un complément précieux de l'observation simple présente la photographie kînématographique de la marche de flanc. Je veux expliquerd'abord les détails les plus importants d'une photographie kinématographique de la marche de flanc d'un jeune homme sain.

Parmi les positions différentes lcs trois suivantes méritent d'être nommées spécialement; la position initiale, intermédiaire et termi nale. Dans la position initiale le tronc est debout sur les jambes jointes, dans la position intermédiaire il est debout sur les jambes écartées, dans la position terminale il est de nouveau debout sur les jambes jointes. Le mouvement entre la position initiale et terminale peut être nommé un double-pas.

La première phase de ce double-pas s'étend de la position initiale jusqu'à la position intermédiaire, la seconde s'étend de la position intermédiaire jusqu'à la position terminale.

En passant une série de doubles pas, on trouve, que la durée d'un double-pas est presque toujours constante: elle répond le plus souvent à 18 images kinématographiques; et la durée de la première phase est

égale à celle de la seconde. Cette régularité se manifeste également dans la marche à gauche comme à droite.

Un second point important peut être constaté, quand on examine la série de l'homme sain: les jambes ne glissent jamais sur le sol pendant la marche latérale.

Contrairement au kinématogramme de l'homme sain celui d'un hémiplégique organique, paralysé du côté gauche, montre les caractères suivants: quant à la marche à droite, dans la première phase du double-pas l'axe du corps est courbé entre le tronc et le bassin. La convexité de cette courbure regarde vers la droite, car le bassin avance vers la droite, pendant que le tronc, pour soutenir l'équilibre, reste incliné vers la gauche. La jambe droite fortement fléchie au genou pendant l'abduction ne glisse jamais sur le sol. Dans la seconde phase du double-pas la jambe gauche glisse fortement sur le sol pendant l'adduction. Quant à la marche gauche il n'y a pas de frottement ni de la jambe gauche ni de la jambe droite. L'axe du corps n'est pas courbé au commencement du double-pas, il est incliné un peu vers la droite.

Quant à la durée d'un double-pas et de ses deux phases, elle montre la régularité suivante.

Un double-pas vers le côté sain dure plus longtemps que celui vers le côté malade; l'un. répond à 20, l'autre à 16 images. Dans la marche vers le côté malade la durée de la première phase est presque égale à celle de la seconde phase (8 images); dans la marche vers le côté sain, au contraire, la seconde phase dure plus longtemps que la première (en relation de 12 à 8 images).

Après que j'eus constaté dans un grand nombre d'hémiplégies, que le malade marche bien vers le côté paralysé, pendant que la marche vers le côté sain est empêchée par le glissement du pied pendant l'adduction, j'ai essayé d'étudier la valeur pratique de ce phénomène. A cet égard j'ai examiné des types divers de paralysies: (des hémiplégies organiques et hystériques, des hémiplégies légères, moyennes et graves; des hémiplégies avec et sans trouble de la sensibilité, des hémiplégies uni et bilatérales, etc.) J'y ai obtenu les résultats suivants appréciables: premièrement l'examen de la marche de flanc fait reconnaître le trouble de l'extrémité inférieure dans des cas très légers, où la marche en avant ne donne aucun résultat certain. Dans ces cas un glissement de la jambe pendant l'adduction vers le côté sain montre évidemment la présence d'une parésie légère.

Ce glissement souvent très faible mais très évident, surtout en comparaison avec l'autre jambe, est parfois mieux à entendre qu'à

voir. Naturellement j'ai vu moi même des cas, où je ne pouvais constater aucun glissement de la jambe paralysée. Dans ces cas il y avait presque toujours un raccourcissement réel de la jambe, compensant l'allongement causé par la parésie spasmodique.

Dans ma première communication j'ai déjà noté, qu'un raccourcissement de la jambe paralysée, causé par une fracture ou par un accroissement retardé, peut faire disparaître le glissement. Et justement ce fait me paraît donner une confirmation de l'explication que nous avons faite du trouble de la marche de flanc.

Mais il y a une exception à la règle, que nous avons constatée pour la marche de flanc chez les hémiplégiques. Ce sont les cas graves d'hémiplégie; dans ces cas, où le malade ne peut marcher de flanc qu' avec assistance, il traîne la jambe paralysée non seulement vers le côté sain, mais aussi vers le côté malade. Dans ces cas graves la marche de flanc est non seulement empêchée par le mouvement mécanique de l'allongement de la jambe, mais aussi par la perte du mouvement de l'extrémité inférieure.

Une seconde exception nous la trouvons chez lee hémiplégies hystériques. Un hystérique, observé par moi, qui montrait plusieurs attaques de paralysie spasmodique du côté gauche avec une hémianésthésie du même côté, marchait de flanc de telle façon, qu'il traînait fortement la jambe paralysée sur le sol, non seulement à droite, mais aussi à gauche la marche vers le côté malade était beaucoup plus genée que la marche vers le côté sain.

Je pense montrer la photographie de la marche de flanc de cet hystérique. On voit, que la marche vers le côté sain ressemble à celle de l'hémiplégique organique; vers le côté malade l'hystérique pouvait à peine marcher, on devait le conduire, Je crois, qu'on peut expliquer ce fait ainsi, que l'hystérique est dominé par l'idée de ne pouvoir marcher vers le côté, où il est paralysé.

J'ai constaté le même fait chez quelques autres hémiplégiques fonctionels; ils marchent de flanc d'une façon atypique, d'une manière s'écartant du type, qui caractérise la marche de flanc des hémiplégiques organiques.

Je ne veux pas parler ici des autres détails intéressants, qu'on trouve en examinant la marche de flanc dans les diverses formes de paralysie.

Je ne veux pas citer les résultats obtenus par l'examen de la marche de flanc ches des animaux.

Je ne veux que répéter encore une fois les deux points, qui me semblent être utiles pour la diagnostique:

1.° L'examen de la marche de flanc est un moyen simple et sûr pour constater, même dans des cas légers d'hémiplégie, la participation de l'extrémité inférieure.

2.° Il permet le diagnostic différentiel des hémiplégies organiques et fonctionelles.

UEBER DIE STÖRUNG DES FLANKENGANGES BEI HEMIPLEGIKERN

par le Dr. ARTHUR SCHULLER (Wien).

Unter den pathologischen Gangarten hat der Gang der Hemiplegiker seiner charakteristischen Eigenthümlichkeiten wegen seit jeher aufmerksame Beachtung gefnnden. In letzter Zeit wurden seine Details (mit Hülfe der kinematographischen Darstellung) insbesondere von Marinesco genau analysirt.

Bei den bisherigen Beschreibungen begnügte man sich damit, den Gang geradeaus zum Gegenstand der Betrachtung zu machen. In den folgenden Zeilen soll die Art, wie der Hemiplegiker seitwärts marschirt, dargestellt werden; es soll ferner auf die Möglichkeit, die Störung des Flankenganges bei den Hemiplegikern diagnostisch zu verwerthen, hingewiesen werden.

Normalerweise wird der Flankengang am bequemsten in der Weise ausgeführt, dass man—beispielsweise beim Flankengang nach rechts —zuerst den Oberkörper nach links neigt, dann, auf dem linken Bein balancirend, das rechte vom Boden abhebt und abducirt, hernach, während der Rumpf aus der nach links geneigten Stellung aufgerichtet wird, den rechten Fuss auf den Boden setzt und schliesslich das linke Bein vom Boden aufhebt, adducirt und neben das rechte Bein setzt.

Wie führ nun der Hemiplegiker den Flankengang aus? Auffälligerweise so, dass der Flankengang nach der gelähmten Seite hin sich nicht wesentlich von dem normalen unterscheidet, während der Flankengang nach der gesunden Seite hin behindert ist. Angenommen, die rechte Extremität sei die spastische, so geht der Hemiplegiker nach der rechten Seite gut, nach der linken schleifend, und zwar schleift er bei der Adduction mit dem gelähmten Beine (1).

(1) In dieser Beschreibung des Flankenganges der Hemiplegiker habe ich nur die am wichtihsten Anomalie hervogehoben. Ich bemerke aber, dass sich auch Differenzen in der Grösse der Schritte, der Schnelligkeit der Fortbewegung, in der subjectiven Leichtigkeit der Ausführung der Bewegung constatiren lassen.

Wie erklärt sich diese Eigenthümlichkeit der Gangart? Mit einem Worte gesagt: aus der Verlängerung des spastischen Beines. Bekanntlich ist ja der durch Extension aller Gelenke der unteren Extremität zu Stande kommende «Verlängerungstypus» (nach Mann) der der Hemiplegie eigenthümliche. Wenn also, wie in dem oben angenommenen Beispiel, das rechte Bein gegenüber dem linken verlängert ist, so muss es beim Flankengang nach der gesunde Seite während der Adduction zum linken Bein am Boden schleifen, und zwar um so stärker, je näher es an das andere herankommt. Beim Flankengang nach der gelähmten Seite stört die Verlängerung nicht. Wir haben ja gesehen, dass der Flankengang nach dieser Seite in der Art erfolgt, dass zunächst der Körper sich nach links neigt, das Becken also hier gesenkt, während es gleichzeitig auf der rechten Seite gehoben wird. Dadurch wird die Verlängerung des Beines ausgeglichen und kann sich umso weniger geltend machen, je mehr das rechte Bein von dem anderen sich entfernt.

Ist die eben gegebene Erklärung richtig, dann ergiebt es sich von selbst, dass man das Symptom überall dort finden muss, wo ein Bein in Streckstellung spastisch ist, also nicht nur bei der cerebralen, sondern auch bei der spinalen spastischen Lähmung.

Man prüft das Symptom in der Weise, dass man den Kranken in vollkommen aufrechter Körperhaltung längs einer geraden Linie seitwärts marschiren lässt; man sieht dann das Schleifen des gelähmten Beines bei der Adduction, noch besser hört man es. Von Wichtigkeit ist es, bei der Prüfung des Symptomes darauf zu achten, dass der Kranke die Seitwärtswegungen der Beine wirklich nur längs der vorgezeichneten geraden Linie ausführt, dass er insbesondere stets ein Bein neben, nicht vor oder hinter das andere setzt. Macht man dem Patienten die Bewegung correct vor, dann führt er sie meist auch gleich richtig aus.

Das Symptom ist selbst bei kleinen Kindern, bei denen es nicht immer leicht gelingt Functionsstörungen nachzuweisen, bequem prüfbar, indem man sie von rückwärts leicht unter den Armen unterstützt und zum Seitwärtsgehen drängt.

Die praktische Verwerthbarkeit des Symptoms scheint mir in 2 Momenten begründent. Erstens ist das Symptom auch in leichten Fällen deutlich zu sehen, wo beim Gang geradeaus eine Functionsstö rung kaum zu bemerken ist, Zweitens scheint die Regel, welehe für die organischen Hemiplegieen gilt, nicht zu gelten für die functionellen; nach den allerdings spärlichen Erfahrungen, die ich diesbezüglich bisher sammeln konnte, ist der Flankengang bei der hysteris-

chen Hemiplegie nach beiden Seiten hin gestört: Der Hysteriker schleift mit dem gelähmten Bein sowohl beim Flankengang nach rechts als nach links.

Auch bei den organischen Hemiplegieen existiren zwei Ausnahem von der oben aufgestellten Regel. Zunächst eine scheinbare: in Fällen, wo eine organische Verkürzung des gelähmten Beines besteht, z. B. in Folge schlecht geheilter Fractur oder in Folge Zurückbleibens des Skeletwachsthums bei langdauernder cerebraler Kinderlähmung, tritt das Schleifen bei der Adduction des gelähmten Beines nicht in Erscheinung; die durch den Spasmus bedingte Verlängerung wird nämlich in diesen Fällen durch die organische Verkürzung des Beines ausgeglichen.

Eine wirkliche Ausnahme besteht bezüglich jener schweren Fälle von Hemiplegie, wo ein selbständiges Gehen und Stehen überhaupt ummöglich ist, wiewohl die andere Extremität nicht gelähmt ist. In diesen Fällen, auf welche Redlich (1) in letzter Zeit besonders aufmerksam gemacht hat, Fällen, wo der Patient nur unter beiderseitiger Unterstützung den Flankengang zu Wege bringt, sieht man oft, dass das gelähmte Bein nach beiden Seiten nachgeschleift wird, ja, dass der Flankengang nach der gesunden Seite hin besser gelingt als nach der gelähmten. In diesen Fällen, wo die Parese des Beines hochgradig ist, macht sich, dem Wernicke-Mann'schen Typus entsprechend, der Unterschied in der Kraft der Abductoren und Adductoren des Beines zu Gunsten der letzteren geltend.

Zur Prüfung des Flankenganges wurde ich veranlasst durch Beobachtungen an Hunden, welchen ich die Extremitätenregion einer Hemisphäre exstirpirt hatte. Solche Hunde führen, wie ich ausführlich in einer früheren Arbeit (2) dargelegt habe, den Flankengang nach derjenigen Seite, auf welcher die Extremitäten paretisch sind, gut aus, während sie den Flankengang nach der gesunden Seite überhaupt nicht zuwege bringen. Ich konnte mich späterhin überzeugen, dass Hunde, denen ich die Extremitätenregionen beider Hemisphären entfernt hatte, den Flankengang nach beiden Seiten nicht mehr auszuführen im Stande waren, während sie die anderweitigen Locomotionen relativ gut ausführten.

Vergleicht man nach dem Gesagten den Flankengang bei der Hemiplegie des Menschen und der Vierfüsser, so zeigt es sich, dass hier

(1) Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. XXII. 1902. Festschrift für v. Krafft-Ebing.

(2) Experimente am Nucleus caudatus des Hundes. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. XXII. 1902.

wie dort die Ausführung der Bewegung nach der gelähmten Seite ungestört ist, dass die Bewegung nach der gesunden Seite beim hemiplegischen Menschen behindert, beim hemiplegischen Vierfüsser überhaupt nicht ausführbar ist.

Zusammenfassend möchte ich die Vortheile, welche die Prüfung des Flankenganges bei den Hemiplegikern für die klinische Untersuchung bietet, vorläufig folgendermaasen kennzeichnen:

Erstens ist das Symptom stets leicht, ohne Belästigung, selbst ohne Entkleidung des Patienten feststellbar, auch bei kleinen Kindern.

Zweitens ermöglicht das Symptom, eine Functionsstörung des Beines selbst in jenen leichten Fällen nachzuweisen, wo der Gang geradeaus nicht merklich gestört ist.

Drittens scheint das Symptom verwerthbar zur Untercheidung organischer und functioneller Hemiplegieen.

Die vorliegenden Untersuchungen sind an dem Krankenmateriale der Universitäts-Nervenklinik, der Nervenabtheilung des Kaiser Franz Josef-Ambulatoriums und des I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitutes in Wien angestellt.

SUR QUELQUES PROPRIETES PHYSICO-CHIMIQUES DU SANG CHEZ LES TABETIQUES.

contribution a la pathogénie du tabês

par Mr. MAURICE MENDELSSOHN (Paris)

Les modifications pathologiquos du sang dans le tabès sont encore peu connues. A peine a-t-on fait quelques numérations de globules sanguins dans le tabès et on a cherché à établir la formule hémo-lunocytaire de cette affection. Mais on ne s'est guère occupé de rechercher dans le tabès les propriétés physico-chimiques du sang dont l'importance physiologique et l'intérêt clinique ont été mis en évidence par les progrès récents de l'hématologie.

Le caractère général du tabès qui resssort nettement de sa symptomatologie si complexe et si polimorphe m'ont fait penser que dans une affection qui frappe tant de différents organes et tissus, qui lèse tant de différents territoires nerveux, le milieu sanguin devrait subir également certaines modifications pathologiques. Le sang qui fournit

au système nerveux tout entier et à tous les autres tissus les matériaux de leur nutrition et met en rapport toutes les parties de l'organisme ne saurait rester indemne au milieu de cette désorganisation générale que produit le tabès dorsal. Guidé par ces idées qui m'ont été inspirées du reste par certains faits cliniques observés chez les tabétiques, j'ai entrepris chez ces derniers une série de recherches sur les proprietés physico-chimiques du sang. Le nombre des malades soumis à l'examen hématologique atteint une soixantaine; le nombre d'expériences faites sur ces malades dépasse un millier. L'examen du sang a été fait non pas à une période donnée de la maladie mais à ses différentes phases au cours des variations successives de son évolution clinique. Quelques uns de ces malades ont été observés et examinés par moi à plusieurs reprises pendant 5 ans, c'est-à-dire pendant toute la durée de mes études hématologiques. Le nombre des faits dont je dispose à l'heure actuel est déjà assez élevé pour que je puisse en tirer quelques conclusions que je me permets de comuniquer, à titre de note préliminaire, au Congrès de médecine.

J'ai étudié le sang des tabétiques au point de vue de sa valeur globulaire, de son alcalinité, de sa coagulabilité, de sa résistance globulaire, de sa résistivité et conductibilité éléctriques, enfin au point de vue de sa concentration moléculaire. J'ai constaté les faits suivants:

1° Dans le tabès, aux différentes périodes de la maladie, le nombre des globules rouges diminue, souvent même d'une façon assez considérable; il est en moyenne de *3,800,000-4,200,000* et ce n'est que dans quelques cas rares que le nombre des globules rouges descend à *3,200,000*. Les modifications morphologiques des globules rouges sont peu appréciables. Les globules sont de volume variable et parfois de forme irrégulière. On rencontre souvent des hématies nuclées.

La quantité d'*hémoglobine* diminue et est en moyenne de *80-82* °/₀. Cette diminution du taux d'hémoglobine se produit en même temps que celle des hématies, de sorte qu'il existe un certain parallélisme, quoique non absolu, entre ces deux facteurs.

Les *globules blancs* sont généralement un peu augmentés de nombre. Dans la majorité des cas on observe une légère *hyperleucocytose de 10 à 14.000* globules blancs par milimètre cube. Dans certains cas le nombre de leucocytes oscille dans les limites physiologiques. L'augmentation du nombre de leucocytes porte surtout et même exclusivement sur les *polynucléaires*. dont le pourcentage es de 85 *pour 100* en moyenne.

Ces résultats sont pleinement confirmatifs de ceux de Sabrazés et Mathis et dénotent dans le sang des tabétiques une tendance à l'*hypo-*

globulie. Le tabès devrait donc être considéré comme une affection déglobulisante. En effet la diminution du nombre des globules rouges et du taux d'hémoglobuline est un symptôme très fréquent dans le tabès tandis que la leucocytose, si légère qu'elle soit, à moins qu'elle ne relève d'une complication inflammatoire, peut faire défaut à certaines périodes de la maladie; elle n'est constatée que chez les tabétiques cachectiques.

Les détails hématologiques qui précèdent montrent que les caractères du sang dans le tabès sont analogues à ceux de l'anémie et permettent de conclure à l'existence d'une *anémie tabétique* que l'on observe du reste très fréquemment au cours de l'évolution de la sclérose des faisceaux postérieurs de la moelle épinière.

2.° *L'alcalinité du sang*, déterminée au moyen de l'alcalimètre d'Engel est presque toujours diminuée, et souvent d'une façon notable, dans le tabès. Cette diminution oscille dans les limites entre *350* et *400* milligrames NaO (par 100 ccm.), les limites physiologiques de l'alcalinité normale se trouvant d'après nos recherches entre *449.0* et *550.8* mg. NaO.

Dans ces limites l'alcalinité du sang normal représente une valeur constante. Les variations de l'hemo-alcalinité au cours du tabès se trouvent en rapport avec les variations numériques des globules rouges mais ne paraissent être nullement influencées par le nombre des globules blancs. L'alcalinité du sang varie suivant l'état des tabétiques. Si la maladie progresse, l'alcalinité baisse progressivement; si elle s'améliore, l'hémo-alcalinité se relève considérablement et peut même revenir au taux normal.

3.° *La coagulabilité du sang* est diminuée chez les tabétiques à certaines périodes de la maladie; la coagulation devient alors très tardive. Le temps qui s'écoule entre la prise du sang et la formation du caillot étant de *3-4 minutes* chez l'homme normal, atteint 12-15 minutes chez certains tabétiques. Le caillot se rétracte toujours mais avec une certaine lenteur et ne laisse transsuder le sérum qu'au bout de 2-3 heures.

Il importe de remarquer que la diminution de la coagulabilité du sang s'observe surtout chez les tabétiques atteints de différents troubles trophiques et se trouve sans doute en rapport causal avec les hémorrhagies qui surviennent souvent au cours du tabès.

4.° *Résistance globulaire et isotonie du sang*. La *résistance globulaire* paraît être diminuée dans le tabès, mais cette diminution n'est pas très appréciable. La proportion des globules détruits ne dépasse guère *40-45* pour *100*, soit un écart de *8-10* pour *100* de l'état normal.

L'*isotonie du sang* dans le tabès est un peu au dessous de la normale.

5.° *La résistivité et la conductibilité électriques.* Chez les tabétiques, la résistivité électrique du sang est augmentée tandis que la conductibilité électrique est diminuée.

6.° *La concentration moléculaire* du sang déterminée par la méthode cryoscopique est généralement diminuée, mais elle est soumise à des oscillations très variées.

Existe-t-il un rapport causal entre ces modifications du sang et la lésion du tabès? Voilà une question qui s'impose comme conséquence logique de tous les fait précités. Il serait même très naturel de penser que c'est la lésion du tabès qui produit les altérations du sang, si les expériences faites sur des animaux (chien et lapin) ne m'avaient montré que les lésions expérimentales du système nerveux central (section des racines postérieures, sections multiqles de la moelle) ne sont pas à même de provoquer des modifications hématologiques si variées. Il faut donc admettre que les altérations du sang dans le tabès sont l'effet de l'action nocive de l'agent pathogène circulant dans le sang et produisant d'une part les altérations du sang et d'autre part les diverses lésions anatomiques du tabès. Peut-être même—et certains faits rendent probable cette hypothèse—l'agent tabétogène, produit d'un mécanisme bio-chimique spécial de la cellule, exerce son action élective sur le système nerveux par l'intermédiaire du sang déjà altéré.

Le tabès devrait ainsi être considéré comme une *maladie générale d'origine toxhémique* présentant, comme marque distinctive, son élection pour le protoneurone centripète. Cette conception pathogénique du tabès rend bien compte de la multiplicité et du polymorphisme des lésions et des symptômes que l'on observe dans cette affection considérée à tort comme une maladie exclusive du système nerveux.

Je me permettrai de ne pas insister aujourd'hui davantage sur les résultats de nos recherches hématologiques dans le tabès. Certes, ces résultats sont encore bien insuffisants pour édifier une nouvelle théorie de la pathogènie du tabès, mais ils me paraissent assez intéressants pour m'autoriser à persister dans ces recherches et pour fournir aux autres quelques indications utiles pour des tentatives de même ordre.

STUDIO SULLA POLINEVRITE TUBERCOLARE (CON DIMOSTRAZIONE DI PREPARATI MICROSCOPICI

par Mr. ROSOLINO COLELLA (Palermo).

Nel corso della tubercolosi si riscontrano non di rado disordini diversi da parte del sistema nervoso, che possono modificare i sintomi e la evoluzione della malattia e che devonsi riferire a condizioni patogeniche differenti:

Tali disordini si manifestano con fenomeni psichici, motori, sensitivi, trofici.

L'attenzione è stata già da tempo portata sopra i disturbi che si producono da parte di localizzazioni secondarie della infezione tubercolare nelle meningi, nel cervello, nella midolla spinale: meningiti tubercolari, tubercoli cerebrali, meningiti spinali e mieliti tubercolari, focolai di rammollimento dovuti a trombosi per alterazioni delle pareti nasali o a embolia.

Le nostre conoscenze però sono assai limitate sopra il complesso di manifestazioni che per l'infezione tubercolare si producono da parte del sistema nervoso periferico.

Dallo studio di alcuni casi di nevrite di origine tubercolare, così dal punto di vista clinico come da quello anatomo-microscopico, e sulla guida dei fatti messi in evidenza, ci crediamo autorizzati a proporre le seguenti conclusioni principali:

«1.° Nel corso della tubercolosi non è raro riscontrare alterazioni parenchimali dei nervi periferici sensitivi, motori o misti, spinali e cranici.»

«2.° Queste nevriti possono essere associate a lesioni rudimentali della midolla spinale; esse si possono riscontrare però egualmente in soggetti nei quali i centri nervosi e le radici spinali non mostrano alterazione.»

«3.° Le nevriti tubercolari devonsi ritenere quali nevrite tossiche, dovute ad una azione chimica generale di prodotti solubili di origine microbica (secrezioni di tossine da parte dei bacilli di Koch); gli agenti infettivi fabbricano un veleno, e la infezione finisce per tal modo alla intossicazione.»

«4.° La sintomatologia della nevrite periferica tubercolare è polimorfa: i sintomi della nevrite possono consistere sia in disordini mo-

tori e trofici predominanti (nevrite amiotrofiche), sia in disturbi nervosi che interessano particolarmente la sensibilità (nevriti dolorose o anestesiche).»

«5.º La polinevrite può essere la prima manifestazione apparente di una infezione tubercolare localizzata nell'intestino rimasta latente fino al tempo in cui la ulcerazione e la perforazione determinano rapidamente la morte, e rivelano la esistenza di lesioni che lo stato generale del soggetto aveva solo permesso di sospettare.

A PROPOS D'UN MALADE ATTEINT DE POLYNEURITE

par Mr. MANUEL ALONSO SAÑUDO (Madrid).

Essayant d'obtenir à la fois la plus grande brièveté dans l'exposition et la plus grande clarté dans les déductions, cette communication ne contiendra pas autre chose qu'un résumé de l'observation clinique qui la motive et, en forme de conclusion, la synthèse de tout ce qui en découle.

Le malade, AA, âgé de 24 ans, cultivateur, natif de Getafe, entra dans le service de clinique médicale (2e cours). Sans avoir d'antécédents de famille qui méritent d'être pris en considération, il en offrait quelques uns de personnels, peu nombreux mais importants.

Depuis l'âge de 20 ans, il souffrait d'attaques nerveuses, d'une légère oppression thoracique, éblouissements, et claquements de dents qui avaient une durée d'environ une demi-heure et qui étaient occasionnés par des impressions morales; deux mois avant d'entrer dans la clinique, il fut atteint d'une fièvre qui dura quatorze jours: il revint à ses ocupations habituelles et trois semaines après avoir passé cette maladie il nota les premiers symptômes de son mal actuel.

Revenant de son travail, il ressentit durant quatre ou cinq jours des douleurs et du froid aux deux jambes. Le cinquième jour, ayant dormi comme d'habitude, c'est à dire bien, en voulant se lever, il fut dans l'impossibilité de le faire par suite de la paralysie des jambes et des bras; il s'écoula ainsi dix jours et, après ce délai, il entra à la clinique.

A ce moment là, il avait une paralysie flasque complète des membres thoraciques et abdominaux. Il ne pouvait rester debout, ni porter sa nouriture à la bouche, se mouvoir dans le lit, saisir aucun objet, etc.

Les mains étaient flêchies, il y avait de la douleur dans les jambes et dans les bras, sur le trajet des nerfs principaux et dans les principales masses musculaires sans de plus grandes perturbations, rien en fait de réaction de dégénérescence, reflets normaux et toutes les autres fonctions organiques restant indemnes.

Quatre jours après son entrée à la clinique, le malade réussit à marcher un peu, en s'appuyant sur les lits ou sur le dossier d'une chaise. Au bout de quinze jours, il marchait à l'aide d'une canne: et le mois à peu près écoulé, il quittait la clinique guéri.

Trois ou quatre mois après sa sortie de l'infirmerie, se présenta l'occassion de le revoir; déjà rétabli, il se livrait à ses travaux habituels à la campagne; il remarquait les mêmes forces musculaires qu'il avait toujours eues; mais bien observé, on pouvait remarquer en lui que les saillies normales des deux éminences thénar étaient abaissées et qu'une légère séparation des pouces du reste de la main accompagnait cette légère déformation. Les deux caractères étaient indéniables mais ils étaient si peu marqués que le malade, même après qu'on les lui ait fait noter, ne s'en apercevait pas et si l'on n'avait pas suivi le cours de la maladie n'eut peut-être pas pu accorder à ces détails une catégorie pathologique.

Dès qu'il entra à l'infirmerie, on le soumit au traitement qui fut jugé le meilleur, injections de sérum artificiel d'abord. de phosphate de soude ensuite; des ingestions de quina et de quinine, des courants éléctriques d'un jour entr'autre.

De plus, dès le premier jour d'observation, ce malade fut diagnostiqué comme atteint de polyneurite post-infectieuse.

Motivèrent principalement ce jugement, le commencement relati vement lent de la paralysie, sa distribution, les douleurs des membres, les antécedents de maladie infectieuse et ce diagnostic fut bientôt confirmé par la marche ultérieure de la période de soulagement et la guérison très prompte de toute la maladie. Malgré que cela fut suffisant, en établissant ce diagnostic, on pensa à établir la différence entre la maladie elle même et celles avec lesquelles elle pouvait se confondre en examinant superficiellement le malade; on faisait ce diagnostic différentiel parce que dans la clinique on ne doit rien omettre de ce qui peut mieux conduire à mieux connaître les malades.

Avant la maladie qui fait l'objet de cette communication le malade rappelait qu'il avait souffert d'attaques nerveuses, sans perte de connaissance, dans les moments d'une intense émotion morale: il souffrit ensuite de cette paralysie des quatre membres et il s'en remit complètement. Pour beaucoup moins que cela, bien des malades ont

été diagnostiqués d'hystériques; cependant la maladie n'était pas une paralysie hystérique; elle n'avait pas en un début rapide, les symptômes ne s'étaient pas manifestés à la fois, elle ne fut pas la conséquence d'une impression morale ou traumatique ni le reste d'une attaque hystérique; le sujet ne présentait aucun stigmate de la neurone, le mouvement reparut lentement et graduellement et enfin les dépressions des régions thénar, la séparation des pouces constituaient des restes évidents de l'indubitable lésion du système nerveux.

D'autre part, ces mêmes déformations paraissaient obliger à qualifier la maladie de polymiélite antérieure; bien plus, malgré d'aussi évidentes et significatives déformations, c'était procéder légèrement pour arriver au diagnostic exact.

La polymiélite antérieure aiguë offre une fièvre de peu de durée, intense, et pendant cette fièvre apparaît l' atrophie et le malade reste avec des déformations notables; et là où apparaissent ces déformations il y a réaction de dégénérescence et des contractions fibrilaires. Rien de tout ceci n'existait dans le cas dont il s'agit, et la fièvre qui figurait dans les antécédents avait duré plus de deux semaines, et depuis qu'elle cessa jusqu' au moment de la paralysie il s'écoula vingt jours, formant un total d'un mois depuis les premiers jours de la fièvre sans que la paralysie apparut ni l'amiotrophie, et enfin, celle-ci était, ainsi qu'il a été dit, rudimentaire.

La polymiélite chronique commence lentement; elle a une marche progressive et les difformités qu'elle produit sont très grandes et très caractéristiques; dans le cas observé, le commencement ne fut pas aussi lent, la marche fut vers la guérison à laquelle on arriva et les difformités qui restèrent n'étaient plus qu'un vestige qui rappelle le type de l'atrophie d'Aran-Duchèsne. On ne pouvait pas penser que le malade en question souffrit de polymiélite antérieure et d'après tout cela le diagnostic de polyneurite restait confirmé.

Ce qu'il y avait de spécial dans le malade, c'est que, comme aucun autre, il ne révélait la souffrance de toute la neurone motrice inférieure et que certainement, pendant beaucoup d'années de son existence, il put être qualifié de névropathe. Ces circonstances très spéciales de la forme clinique de la maladie et de la manière spéciale d'être du sujet sont un motif pour que cette observation clinique soit le fondement d'importantes considérations qui ont une portée transcendante dans l'étude de l'hystérie, de la polymiélite et de la polyneurite.

Chacun de ces points de vue donnent origine à de nombreuses disquisitions confirmées par des faits d'observation qu'on pourrait rappeler; la nature et l'opportunité de ce travail exigent que ces réfle-

xions soient traitées ici de manière synthétique et schématique, comme le cadre succint des développements et des ampliations que, dans une autre occassion, doit avoir cet important sujet.

I

Ce malade est des plus typiques qu'on puisse trouver pour démontrer avec son histoire clinique le fait certain que la neurose motrice inférieure souffre toute entière quand on pense seulement à la polig-neurite ou à la polymiélite antérieure; la sympthomatologie fut de polyneurite indéniable, les vestiges d'atrophie de la région thénar qui, bien des jours après, pouvaient être constatés, démontraient clairement que les cellules des cornes antérieures de la moelle avaient pris part à l'affection.

Il ne s'agissait déjà plus de rappeler qu'à l'époque même où l'étude de la polynevrite se nourrissait de doctrine, on faisait noter que ces maladies *poriphériques* avaient un retentissement centrale. Il n'était peût-être pas necéssaire de penser à la série totale des malades amiotrophiques, regrettant que les faits d'anatomie pathologique n'apportent pas encore la confirmation définitive du lieu relatif qui les unit à tous.

La maladie était suffisamment claire pour laisser voir les affections de la neurone entière; la polyneurite était évidente dans les symptômes observés, dans la guérison qui arriva avec une rapidité relative; la polymiélite légère démontrait clairement, un peu plus tard, dans la faible amiotrophie des éminences thénar qui restèrent comme traces indéluctibles de ce qui avait eu lieu dans le centre médulaire; et de l'ensemble de l'observation, ce malade apparaît comme l'argument le plus puissant, comme la preuve clinique la plus évidente de l'affection de la neurone motrice inférieure.

II

Il n'aurait pas été étrange que ce malade eut été diagnostiqué d'hystérie et par conséqnent le syndrome observé considéré de paralysie hystérique: un sujet névropathe, avec des attaques nerveuses et des paralysies qui disparurent complètement, est suffisant pour que, pensant judicieusement, on ne doive pas oublier l'hysterisme en étudiant sa maladie.

Au-dessus de tout ce qui, dans ce cas, jetait de la lumière sur le diagnostic posé, était ce qui se basait sur les déformations de la ré-

gion thénar qui pouvaient passer inaperçues, tant elles étaient légères, mais une fois remarquées d'une manière claire, elles dénonçaient la lésion nerveuse incompatible avec le diagnostic d'hystérie.

Mais tout ceci fait songer à tant de malades, beaucoup plus qu'on ne le croit, qui sont qualifiés d'hystériques, ont des symptômes et des syndromes locaux de l'aspect de cette neurose, alors qu'en réalité ces symptômes dépendent de lésions peu facilement appréciables, tout cela fait également penser à un autre bon nombre de malades positivement hystériques qui présentent égalément des symptômes et des syndromes qui pourraient bien être expliqués par des lésions plus ou moins compréhensibles.

On doit toujours chercher chez les névropathes et chez les hystériques une cause organique qui explique les manifestations locales peu fréquentes ou très résistantes; chez les premiers pour bien les diagnostiquer, chez les seconds pour comprendre et expliquer leurs localisations hystériques; et chez tous pour contribuer à la meilleure connaissance de cette neurone qu'on doit toujours réviser.

Dans la longue série d'hytériques que présente aujourd'hui la clinique, on ne peut pas suffisamment expliquer chez tous leur maladie et leurs symptômes très-spéciaux avec les idées de perturbation psychyque qui est en vogue; beaucoup d'entre eux nécessitent des interprétations d'un ordre plus organique, assez d'autres présentent des données et des renseignements qui conduisent à déceler ces signes plus organiques dont il vient d'être question et dans les deux groupes de malades on peut expliquer l'existence d'un de ces symptômes importants qui ont été appelés hystérie locale; grâce à une perturbation circulatoire dans un centre nerveux, à une intoxication, à certaines auto-intoxications, à certaines compressions, enfin à des faits déterminés plus que suffisants pour produire une lésion plus ou moins démontrable, en une partie quelconque du système nerveux.

Il existe une grande différence entre l'hystérique de Briquet avec pica et malacia et des symptômes variés surtout de l'ordre psychique et l'hystérique avec paraplégie ou hémiplégie qui ne se guérit ou ne se soulage pas ou avec pseudo-angine de poitrine qui ne tue pas certainement mais qui est accompagnée de myocardite et est suivie de lésion mytrale.

Si l'on se rappelle cette longue série de malades, on en arrive à penser s'il sera nécessaire de continuer à admettre ces hystériques de Sydenham et de Briquet comme telles, même avec les amplifications naturelles que le temps a apportées et les autres qui sont précisément l'objet de plus d'études à notre époque nécessiteront une ré-

vision très notable et profonde pour qu'une bonne partie d'entr'elles seraient placées parmi les névropathes avec lésion, ceci étant variable dans chaque cas.

Si, chez beaucoup de malades comme celui qui fait l'objet de cette communication, il reste des stigmates ineffaçables à l'extérieur, dénonçant une lésion centrale, fut-elle même petite et passagère, sûrement figureraient à la clinique bien moins d'hystériques qu'on n'en compte actuellement.

Pour cela les observations cliniques comme celle-ci doivent servir pour que l'étude de chaque malade diagnostiqué d'hystérie soit la plus complète possible, poursuivant toujours la réalisation de cette différence si nécessaire dans la longue série de malades, atteints de cette neurose.

III

Par le fait que la maladie était de lésion peu graduée, que les symptômes étaient du système nerveux périphérique, que le malade était un névropathe évident, en le jugeant et en pensant à sa maladie, on trouvait unis souvent les caractères appartenant aux trois maladies, hystérie, polyneurite et polymiélite; et si cela arrivait spontanément, il est clair que là dedans est le motif de cette coïncidence.

L'hystérie, la polymiélite et la polyneurite sont très différentes dans leurs formes typiques et complètes surtout l'hystérie, et les deux autres qui trahissent la souffrance de la neurone motrice; mais dans les formes incomplètes et peu expressives, la symptomatologie de ces maladies peut se ressembler suffisamment pour faire remarquer que; dans les lésions du système nerveux central, comme dans tant d'autres organes, il y a une longue gradation, depuis celle qui se montre rien que par un désordre fonctionnel léger jusqu'à celle qui donne lieu à une lésion fixe, persistante, progressive et très-fréquemment accompagnée d'autres symptômes variés; considération qu'il importe aussi de retenir pour la meilleure étude de l'hystérie et des névropathies avec lésion.

IV

En observant des malades dans lesquels on remarque aussi clairement la souffrance de la neurone motrice inférieure et en rappelant que les *amyotrophies* sont un groupe très nombreux, étudié avec beaucoup de détails et différencié des autres maladies de la moelle, même des maladies des nerfs périphériques, il se présente forcément à l'es

prit que dans la partie postérieure, la neurone postérieure et même dans la substance grise médulaire postérieure, il doit se faire une pathologie pour le moins aussi déterminée, aussi différenciée que celle qui existe déjà dans la région antérieure médulaire.

Il est certain que le prétendu commencement des ataxies par les racines, les symptômes de douleur fulgurantes, d'artropathie, etc... de la même tabe postérieure, peut-être le zona etc.., ont une signification pareille; et avec de telles bases peut commencer à cimenter la partie de pathologie dont il est question. Mais ceux-ci n'est pas suffisant parce que dans la partie postérieure de la substance grise médulaire et dans la neurone sensitive doit exister un groupe de maladies qui correspondent en importance à celles qui existent dans la neurone motrice inférieure.

Tenant en compte ces deux parties du système nerveux, prêtant de l'attention à ce que sont dans la clinique les perturbations connues du sensitif et la façon dont se présente les amyotrophies avec leurs variétés si nombreuses; si l'on pense également à d'autres groupes morbides, ou pourrait bien supposer que le nombreux groupe de rhumatismes articulaires pourrait correspondre comme maladies de neurone sensitive et même de la substance grise médulaire aux amyotrophies qui sont des maladies de la neurone motrice inférieure.

On n'a jamais pu s'expliquer dans une seule conception d'idée les nombreuses souffrances dénommées rhumatisme et qui comprennent l'aigu, le sub-aigu, le chronique, celui-ci présentant quelques variétés, le musculaire, celui dénommé nerveux... Même avec le nom de diathèse ni avec l'explication donnée de la distrophie, ni avec les idées d'infection, ni enfin, même en étudiant les localisations, on n'a pu embrasser un aussi vaste champ pathologique.

Si l'on pense à la symptomatologie du rhumatisme; de douleur, de perturbations trophiques locales, contractures; si l'on n'oublie pas que les douleurs fulgurantes, les artropathies sont des symptômes de tabétique; si l'on se rappelle enfin ce que sont les rhumatisants, ce n'est pas une exagération de croire que c'est une bonne direction d'investigation pathologique que de chercher la pathologie de la neurone sensitive et même de la substance grise de la moëlle épinière et que de la chercher en commençant les investigations du côté des diverses formes du rhumatisme articulaire.

LAS NEURAPATIAS BLENORRAGICAS

por el Dr. JUAN BARCIA CABALLERO (Santiago)

La blenorragia, enfermedad vulgarísima, frecuente, y tenida en muy poco durante larguísimo período, salió mucho há del montón anónimo de los padecimientos comunes para entrar de lleno en el grupo de las más interesantes dolencias. Y desde entonces fuese estendiendo de tal suerte su campo de estudio; y tantos, tan nuevos puntos de vista se encontraron en el, que hoy día abarca ya un amplísimo horizonte, que todavía amenaza estenderse más. No es esta ocasión de examinar y discutir si son justificados ó no tales vuelos y si las hipótesis y doctrinas de los observadores, especialistas ó no, corresponden á la realidad ó son no más pasajeros espejismos; los límites que debe tener esta comunicación no permiten que me ocupe en dilucidar estos extremos, cosa que necesita mucho mayor espacio, pero de todas suertes es innegable la importancia grande que entraña al presente el estudio de las complicaciones que la enfermedad en cuestión puede traer aparejadas.

Entre estas, y más especialmente, entre las que aparecen á largo plazo y á larga distancia, ocupan desde luego muy preferente lugar las que son objeto de estos párrafos. Mucho antes de que la blenorragia adquiriese en patología el rango que hoy tiene, eran estas ya conocidas de los prácticos. En los más antiguos pueden verse no pocas observaciones á este respecto, y en casi todos, la importante de coincidir algunas veces el flujo uretral con determinados estados cerebrales ó *la de ser estos producidos por la cronicidad y rebeldía de aquel.* Exprofeso subrayo la advertencia, porque en efecto, en casi todos los autores antiguos que se ocupan de este particular, se encuentra vertida la especie de que tales trastornos de la mente son efecto de la pasión de ánimo que se apodera del enfermo que se cree víctima de un padecimiento incurable que le imposibilita más ó menos en absoluto para ejercer las funciones genésicas.

Más andados los tiempos, ya se manifiesta la tendencia á mirar aquellos como posibles complicaciones de la blenorragia, por más que en aquél período de la ciencia ayuna todavía de las modernas ideas sobre el parasitismo y la infección, sobre las cuales, y dicho sea de paso, corren ya vientos de fronda, no pudiera esplicarse tal complicación por el mecanismo que ahora lo hacemos. Al llegar á nuestros días

las cosas cambian de todo en todo. Descubierta y conocida la causa específica del mal, estudiada su evolución, su propagación y su espansión, fué fácil ya seguir su desarrollo y su éxodo á través de los órganos y de los aparatos; y lenta y gradualmente fueron encontrándose en varios y múltiples las huellas de su paso ó las señales de su estancia, hasta tal punto, que es esta la hora en que casi no queda ya rincón del organismo que no se tenga por tendencia posible del parásito. Y claro está que el aparato inervador, cuyos trastornos concomitantes ó consecutivos á la blenorragia eran, como queda dicho, conocidos tanto tiempo há, debía ser de las más interesantes en este estudio.

No abundan, sin embargo, tanto como pudiera creerse las series de observaciones bien cimentadas para que puedan servir de base á conclusiones definitivas, por más que encauzado el estudio en la senda actual sean muchos ya los que procuran aportar datos al problema. Por esta razón, más que por ninguna otra, me atrevo á dirigir al Congreso, la comunicación presente, por si los casos clínicos á que se refiere, entresacados entre otros muchos que figuran en mis apuntes, pueden contribuir á aumentar la estadística de los ya inventariados. La circunstancia de venir dedicándome hace muchos años á las dos especialidades en mi doble calidad de médico-director del Hospital especial de sífilis en Santiago, y de sub-director del Manicomio de Coujo suburbio de la misma ciudad, me coloca en las mejores condiciones para reunir en un solo catálogo los enfermos de esta clase observados en ambos centros. Y aun á estos se suman los qua acuden á mi práctica particular atraidos por aquella circunstancia. Claro está que las notas que siguen no son más que las que pueden servir de modelo por ser más características; y de ningún modo constituyen una estadística completa.

Entiendo que los puntos que hay que examinar con preferente atención en estos casos son los siguientes:

1.° Existencia de la blenorragia y de la neuropatía sincrónicas ó sucesivas.

2.° Ausencia de otras causas determinantes ú ocasionales de la segunda.

3.° Probabilidades de correlación entre ambas.

Fácil es de determinar el primero: la observación directa ó el historial del enfermo bastan para el caso. Es necesario hacer lo posible para averiguar con la mayor certeza la especificidad del flujo. Como es sabido, existen muchas falsas blenorragias, y la coexistencia de una de éstas con una neuropatía pudiera inducirnos á ver en ello una relación que no existiese.

Tratándose de una blenorragia *actual*, el análisis del exudado uretral resolverá la cuestión: si se trata de una blenorragia ya curada, el problema resulta de solución más difícil, y en ese caso la escrupulosidad y diligencia en recoger los datos históricos podrá suplir en parte la falta de aquél.

No tan llano es lo referente al segundo punto. Son tan varias, tan frecuentes y algunas tan sutiles las causas de las alteraciones mentales; son tantos por otra parte los obstáculos con que se tropieza en su investigación; son, por fin, muchas veces tan obscuras y poco manifiestas las relaciones que afectan con ellas, que siempre resulta un tanto dificultosa esta apreciación. No quiere esto decir que sea imposible; pero habida cuenta de los múltiples factores que intervienen en ella, fácil es comprender que, para concordarlos todos, se necesitan tino y prudencia en no despreciable cantidad.

A dos clases de antecedentes es menester acudir en busca de ellos: á los personales del enfermo y á los hereditarios. Unos y otros son más difíciles de obtener de lo que puede presumirse, pues además de la ignorancia, del olvido, del error y de otros muchos, son frecuente motivo de lamentables equivocaciones la mal entendida vergüenza, la falsa idea del honor y del secreto y la malicia y la mala fe que también pueden intervenir en la exposición de los hechos.

Para dilucidar el tercer punto es preciso establecer una distinción. O la neuropatía de que se trata es infecciosa, producida directamente por la misma causa específica de la blenorragia—sincrónica ó no con ella—ó es consecuencia secundaria de la enfermedad principal y no producto directo de la causa específica.

Es muy importante esta distinción, porque, según de ella misma se desprende, influye de modo notable en el tratamiento. Y en este punto conviene hacer una advertencia que derramará no poca luz en estas distinciones patogénicas: entre las neuropatías blenorrágicas no especificas pueden figurar las que coincidan ó sucedan á flujos uretrales simples ó falsas blenorrágias, y que, según la vieja interpretación, se decían pasionales.

Paréceme innecesario insistir en estas bases sobre las cuales puede fundarse sólidamente la doctrina de este asunto, y paso ahora á exponer los casos clínicos para establecer despues las conclusiones.

CASOS CLÍNICOS

Aún á costa de alterar el orden cronológico, cosa, por otra parte, que nada importa para el caso, quiero empezar esta reseña por uno de

los más curiosos y mejor caracterizados. Se refiere á una joven soltera que concurrió á mi consulta á consecuencia de una erupción pertinaz y generalizada contraida, según decía, à consecuencia de una insolación. El brote se reducía á un exantema no bien definido en plena descamación en unas regiones, enrojecido y elevado en otras, pálido y oscuro en alguna. La idea de la blenorragia cruzó rápida por mi mente, pero la deseché apenas concebida por el conocimiento que tenía yo de los antecedentes de la enferma. Contra mis presunciones resultó aquella erupción tenaz y rebelde al tratamiento, y entonces la primera idea volvió á renacer con mayor empeño.

Averigué que padecía aquella joven un flujo al que no daba importancia, valiendome de varios pretextos conseguí un reconocimiento y de él obtuve la prueba plena de que se trataba de una verdadera blenorragia. A estas alturas empezaron á manifestarse en la enferma síntomas histericos que fueron en aumento hasta constituir un estado francamente neuropático; y todo el cuadro nosológico, complejo en su síndrome y uno en su naturaleza desapareció á beneficio de un tratamiento bien dirigido, no sin resistirse durante algunos meses. La enferma en cuestión carecía en absoluto de antecedentes neuropáticos, personales ó hereditarios.

El segundo caso también interesante aunque no tan típico, pertenece á un hombre, mayor de cincuenta años, que sin causa apreciable, ni antecedentes apropiados, fué presa de un acceso de melancolía, tratado sin resultado por varios profesores. Declaróse una artritis de la rodilla que terminó por supuración, se trató de investigar la causa de aquella inflamación; se pensó en la blenorragia, se estableció el tratamiento y se curó el enfermo.

Figuran en mis apuntes otros tres casos de melancolía blenorrágica terminados uno por curación y dos por muerte, uno de ellos de tuberculosis pulmonar y otro de anemia.

El que sigue aunque interesante puede ofrecer algunas dudas. Un joven estudiante contrae una blenorragia rica en complicaciones. Entre ellas estalla un acceso de manía agudísimo con agitación extrema é impulsos al suicidio. Se curó la blenorrágia, pero no la locura que pasó al estado crónico.

No constan los antecedentes.

También semejantes á éste poseo algunos otros; pero en todos ofrece el historial varias lagunas.

El último caso que voy á consignar es de los más curiosos. Me reclama una señora para curar un afecto uterino que sospecha sifilítico. Del reconocimiento practicado no resulta nada en el útero, pero sí en

el ovario derecho que está infartado y doloroso. A mis preguntas contesta que padeció una blenorrágia hace meses; y á ella atribuía su padecimiento actual. Le dispongo el tratamiento conveniente y me vuelvo á Santiago.

Al mes y medio me escribe su esposo muy atribulado diciéndome que su mujer estaba loca. Voy á verla y la encuentro incoherente y delirante y mejorado el padecimiento ovárico. Tras largo y complejo tratamiento se repone casi por completo; se hace embarazada, aborta, y vuelve á trastornarse. Reaparece al propio tiempo el infarto ovárico que se resiste esta vez con gran tenacidad; pero mejora el estado mental.

Un accidente de familia la obligó á emprender un largo viaje, y la perdí de vista, sintiendo mucho no terminar la observación.

Otros varios casos tengo recogidos, entre ellos algunos de falsa blenorrágia seguida de locura; pero no quiero prolongar más esta comunicación.

Las conclusiones que pueden deducirse de lo expuesto, son las siguientes:

1.ª Existen verdaderas neuropatías blenorrágicas.

2.ª Pueden ser ambas enfermedades sincrónicas ó sucesivas.

3.ª En uno y otro caso la neuropatía puede ser infecciosa ó producida directamente por la causa específica de la blenorrágia ó consecutiva á ésta sin depender directamente de aquella.

4.ª Importa mucho establecer esta distinción como elemento que debe tenerse en cuenta para el tratamiento.

TABES ET MARIAGE

ETUDE SUR LA FECONDITE DES TABETIQUES ET L'AVENIR DE LEUR DESCENDANCE

par Mr. A PITRES (Bordeaux).

Le nombre des observations originales que j'ai dépouillées pour établir les statistiques qui vont suivre s'élève à 400 (1); mais les détails relatifs à l'état civil des malades ou à leur descendance n'ayant

---

(1) Ces 400 observations proviennent en partie des archives de mon service de clinique médicale à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, en partie de mes consultations privées. La plupart d'entre elles ont été communiquées l'an dernier à M. le Docteur Railliard pour la rédaction de sa thèse de doctorat «Recherches sur la descendance des tabétiques», soutenue le 19 Juillet 1902 devant la Faculté de Médecine de Bordeaux.

pas toujours été notés d'une façon précise, j'ai dû en éliminer 160 pour cause d'insuffisance de reinsegnements.

Restent *240* observations utilisables (dont 175 d'hommes et 65 de femmes) qui se divisent tout naturellement en deux groupes selon qu'elles se rapportent à des sujets-célibataires ou mariés.

A. Des *célibataires* il y a fort peu de choses à dire. Leur nombre seul mérite de fixer l'attention. Il est de *31* (27 hommes et 4 femmes). Or 31 sur 240, cela fait une proportion de 13 %. Autrement dit, sur 100 tabétiques il y en a 87 mariés et 13 seulement célibataires.

Dans un travail récent (1), Byrom-Bramwell a noté que sur 125 tabétiques observés par lui, 102 étaient mariés ou veufs et 23 célibataires, ce qui fait 82 % des premiers contre 18 % des seconds.

En réunissant les chiffres fournis par Byrom-Bramwell et les notres on arrive aux totaux suivants:

Nombre de malades observés: 365. { Mariés 311, soit 85 %
Célibataires 54, soit 15 %

Cette proportion très faible de célibataires paraît confirmer l'opinion déjà émise par quelques auteurs, d'après laquelle le tabès sévirait davantage sur les gens mariés que sur ceux qui ne le sont pas (2).

B.—Le groupe de nos *tabétiques mariés* prête à des considérations plus intéressantes. Il se compose de 209 malades (148 hommes et 61 femmes) qui pour la plupart (exactement 182, dont 124 hommes et 58 femmes) ne sont devenus tabétiques qu'après leur mariage; 27 seulement, (24 hommes et 3 femmes) présentaient déjà, au moment où ils se sont mariés, des symptômes non douteux de tabès.

Ces 209 sujets ont formé, en se mariant, un nombre égal de ména-

---

(1) Byrom-Bramwell.—Analysis of 155 cases of tabes.—Brain, 1902, p. 19.

(2) D'après les statistiques générales de la nuptialité relevées par M. Bertillon dans ses études sur la démographie de la France, le nombre des célibataires nubiles, (entre 15 et 45 ans) s'éléverait à 45 %, c'est-à-dlre que sur 100 persennes des deux sexes et de toutes conditions âgées de plus de 15 et de moins de 45 ans il y en aurait en moyenne 55 mariées et 45 célibataires, tandis que sur 100 tabétiques pris au hasard dans la clientèle des hôpitaux et de la ville nous en trouvons 85 mariés et 15 célibataires. Mais ces séries de chiffres ne sont pas comparables entre elles: 1° parce que tandis que les statistiques de M. Bertillon portent indistinctement sur la totalité des sujets dont l'âge est compris entre 15 et 45 ans, nos tabétiques, tous âgés de plus de 25 ans, ont en moyenne de 35 á 45 ans; 2° parce que les statistiques de M. Bertillon ne comptent comme mariés que les gens qui ont légalisé leurs unions par un acte de l'état civil, tandis que j'ai compris sous cette rubrique tous ceux de mes malades qui vivaient maritalement, que leur union ait été ou non précédée de la consécration légale.

ges dans chacun desquels un seul des conjoints était ou est devenu tabétique (1).

En recherchant combien d'enfants sont nés dans ces 209 ménages, combien sont morts, combien ont survécu, et quel est l'état de santé des survivants, nous obtiendrons une série de renseignements susceptibles de nous éclairer sur les trois questions suivantes: 1° La fécondité des tabétiques. 2° La quotité et les causes probales de la léthalité de leurs descendants. 3° L'avenir pathologique de leurs enfants.

I

LA FECONDITE DES TABETIQUES

Nos 209 tabétiques mariés ont donné naisssance à 483 enfants, dont 197 mort-nés ou morts en bas âge, et 266 survivans, ce qui donne une moyenne globale de 2,31 naissances par ménage, avec, seulement, 1,36 enfants survivants (2).

Mais tous les ménages sus-visés n'ont pas eu d'enfants et quelques-uns, après en avoir eu un nombre plus on moins grand, les ont tous perdus. Pour apporter un peu d'ordre dans l'étude de la fécondité des tabétiques il convient donc d'envisager séparément:

1.° Les ménages qui sont restés absolument stériles.

2.° Ceux qui n'ayant produit que des mort-nés ou des enfants morts en tout bas âge n'ont pas de descendance vivante.

3.° Ceux qui ont des enfants vivants.

1.° Ménages absolument stériles.—Sur nos 209 tabétiques mariés on en compte 42 (31 hommes et 11 femmes) qui n'ont jamais eu d'enfants. Cela fait une proportion de un ménage stérile sur cinq. Cette proportion est déjà notablement supérieure à celle que fournissent les statistiques démographiques générales, lesquelles relèvent, dans l'ensemble de la population de notre pays, un ménage stérile sur six. Mais en réalité l'écart est beaucoup plus considérable. Les données fournies par les statistiques générales ne sont pas, en effet, absolument comparables aux chiffres qui ressortent du dépouillement de nos observations de tabétiques, parce que, dans les premières, les familles dites stériles comprennent à la fois celles qui n'ont jamais eu d'enfants et celles qui, après en avoir eu, les ont tous perdus. Pour que les deux séries fus-

(1) Le tabés conjugal est rare, très rare. Dans les 400 observations que j'ai compulsées je n'en ai trouvé que deux exemples que j'ai volontairement mis à l'écart de mes statistiques.

(2) Le nombre moyen des enfants vivants dans les familles de notre pays est de 1,92 par ménage.

sent superposables, il faudrait donc ajouter aux 42 familles de tabétiques qui n'ont jamais eu d'enfants, celles qui ont perdu tous ceux qu'elles ont eus, ces dernières sont, ainsi qu'il va être dit plus loin, au nombre de 32. En les ajoutant aux 42 absolument stériles, on arrive à la conclusion que, sur 209 ménages de tabétiques, 74, soit 35 %, restent sans descendance vivante.

Mendel (1) trouve exactement la même proportion. S'appuyant sur les données statistiques fournies par Simpson, Spencer-Wells, Sims, pour l'Anglaterre; sur celles de Guttsladt et sur les siennes propres pour l'Allemagne, il estime que le nombre des femmes stériles de ces pays oscille entre 10 et 15 %, et que l'infécondité des tabétiques est trois fois plus fréquente. Voici d'ailleurs les chiffres qu'il donne à l'appui de cette manière de voir:

Sur 252 tabétiques du sexe féminin observés par lui, 83, c'est-à-dire 32,9 %, étaient sans enfans, 52 parce qu'elles n'avaient jamais eu de grossese et 31 parce qu'elles n'avaient eu que des avortements ou des enfants mort-nés ou morts en bas-âge.

En additionnant la statistique de Mendel et la notre on trouve que sur un total de 461 tabétiques mariés:

94, soit 20 %. sont restés absolument stériles;

63, soit 14 %, ont eu des enfants, mais les ont tous perdus;

304, soit 66 %, ont des enfants vivants.

2° *Ménages ayant eu des enfants mais les ayant tous perdus.*—Le nombre des tabétiques entrant dans cette catégorie est de 32 (10 hommes, 22 femmes). Ils ont donné naissance à 67 enfants (soit 2,09 par ménage), dont 46 mort-nés et 21 morts plus ou moins longtemps après avoir vu le jour.

On remarquera que dans ce groupe de 32 malades sans descendants vivants, le nombre des femmes l'emporte notablement sur celui des hommes. Cependant le tabès est d'ordinaire beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Dans l'ensemble de nos 240 observations, on compte 175 sujets du sexe masculin, contre 65 du sexe féminin; ce qui fait, en chiffres ronds, 73 % d'hommes, contre 27 % de femmes.

La proportion reste à peu près la même dans le groupe des stériles, où nous trouvons 31 hommes pour 11 femmes, ce qui représente 74 et 26 %. Au contraire, dans la catégorie des tabétiques féconds sans descendance vivante, nous relevons 22 femmes contre 10 hommes, ce qui donne 69 % des premiers contre 31 % des seconds. Est-ce là le

(1) Mendel. Die Tabes bei weiblichen Geschlecht (Neurol. Centrabl., premier Janvier 1901, p. 19).

résultat d'une série accidentelle qui ne se retrouverait pas dans une statistique plus étendue, ou bien est-ce que les causes déterminantes de la morti-natalité des enfants des tabétiques sont plus actives chez les hommes? Je ne saurais le dire.

3.° *Ménages ayant des enfants vivants.*—Le nombre de nos tabétiques ayant des enfants vivants est de 135 (107 hommes et 28 femmes). Ils ont produit 416 enfants, dont 130 morts-nés ou morts en bas ège et 286 survivants, ce qui représente une proportion de 3,08 naissances, avec 2, 11 survivants par ménage.

Les 286 survivants sont répartis d'une façon très inégale dans les familles qui les possèdent: 51 de ces familles n'ont qu'un seul descendant vivant; 45 en ont 2; 23 en ont 3; 8 en ont 4; 4 en ont 5; et 4 en ont 6. Aucune n'en a plus de 6.

Il résulte des documents qui viennent d'être analysés que, sur 209 tabétiques mariés à des conjointes non tabétiques:

42, soit 15 °/₀, restent absolument stériles.

32, soit 15 °/₀, n'ont pas de descendance vivante, tous les enfants qu'ils ont produits étant mort-nés ou morts en bas âge.

135, soit 65 °/₀, ont des enfants vivants, dans la proportion relativement élevée de 2, 11 par ménage.

Un tabétique marié n'a donc qu'une chance sur trois de rester sans descendance vivante.

II

LETHALITE DES DESCENDANTS DES TABETIQUES

Nous avons indiqué précédemment que sur 483 enfants nés de parents tabétiques, 197 étaient mort-nés ou morts en bas âge. Cela représente une léthalité énorme de 40,70 °/₀ (1).

Avant d'aller plus loin, nous devons nous demander si cette mortalité effroyable qui frappe les descendants des tabétiqnes dépend directement du tabès ou si elle tient à des causes accessoires, accidentelles, indépendantes du tabès lui-même.

Pour trancher cette question, il nous suffira de comparer la léthalité des enfants nès *avant* ou *après* l'apparition des premiers symptômes de la maladie chez celui de leurs ascendants qui en a été atteint.

Le dépouillement, à ce point de vue, de nos observations démontre

(1) La proportion des mort-nés (enfants venus au monde ou ayant succombé dans les 3 jours qui ont suivi la naissance) est très variable d'un pays à l'autre. Pour la France entière elle est en moyenne de 40 mort-nés pour 1.000 naissances.

que sur les 483 enfants issus de nos 197 tabétiqnes féconds, 393 sont venus au monde *avant* l'explosion du tabès chez l'un de leurs ascendants, et 90 *après*.

Des 393 qui sont venus au monde avant:

89, soit 23 %. étaient mort-nés:

83, soit 21 %, sont morts prématurément:

221, soit 56 %, sont vivants.

Des 90 qui sont venus au monde après:

11, soit 12 %, étaient mort-nés;

14, soit 16 %, sont morts prématurement;

65, soit 72 %, sont vivants.

La comparaison de ces chiffres se passe de commentaires. Elle prouve, à n'en pas douter, que la cause de la léthalité qui frappe les descendants des tabétiques est antérieuue à l'explosion du tabès chez les ascendants, puisque cette léthalité, qui est de 44 % (23 + 21 %) pour les enfants nès *avant* l'apparition des premiers symptômes de la maladie chez leurs père ou mère, tombe à 28 % (12 + 16 %) pour ceux qui sont nés *après*.

Cette cause, antérieure á l'explosion du tabès, c'est, très vraisemblablement, l'infection initiale d'où dérive, par un mécanisme qui n'est pas encore complètament élucidé, la sclèrose des racines et des cordons postérieurs de la moelle, infection qui est le plus souvent, mais non pas toujours, de nature syphilitique.

Je ne pense pas, en effet, comme beaucoup de neurologistes de notre époque, que le tabès dépende nécessairement et exclusivement de la syphilis; mais ce serait nier l'évidence que de contester la très grande fréquence de la syphilis dans les anamnestiques des tabétiques. Sur ce point spécial, je partage l'avis de Mendel, Gowers, Senator, Byrom-Bramwell (1), etc., qui estiment à 75 % environ le nombre des tabétiques ayant eu antérieurement la syphilis. Sur les 175 hommes (2) dont les observations ont servi à mes statistiques en vue du présent travail, 127, c'est-à-dire 73,25 %, se trouvaient dans ce cas, tandis que 48, soit 26,75 %, niaient formellement tout antécédent spécifique.

Si, comme il est naturel de le supposer, la syphilis joue un rôle important dans l'étiologie de la léthalité des descendants des tabétiques, cette léthalité doit être nécessairement plus forte chez les en-

(1) Mendel, 75 %; Gowers, 75 %; Sénator, 70 %; Byrom-Bramwell, 76, 7 %.

(2) La recherche de la syphilis chez la femme est tellement difficile et aléatoire que, pour plus de sûreté, j'ai préféré ne tenir compte que des renseignements fournis par les sujets du sexe masculin.

fants des tabétiques ayant eu sûrement la syphilis que chez les enfants des autres.

A la question ainsi posée, voici ce que répondent les chiffres.

De 77 sujets du sexe masculin ayant eu certainement la syphilis, sont nés 187 enfants, dont:

Mort-nés................	33	soit.......	33 %
Morts en bas âge.........	29		
Survivants..............	125	soit.......	67 %

De 34 autres sujets niant formellement tout antécédent syphilitiques, sont nés 81 enfants, dont:

Mort-nés................	12	soit.......	20 %
Mort en bas âge.........	4		
Survivants..............	65	soit.......	80 %

On voit que les enfants des tabétiques syphilitiques sont proportionnellement plus atteints par la morti-natalité et par la mortalité prématurée que les enfants des tabétiques non syphilitiques.

La conclusion qui ressort de tout ceci c'est que la syphilis est la principale ou tout au moins l'une des principales causes de l'énorme léthalité des descendants des tabétiques. Le tabés par lui même-à part les cas relativement rares où il compromet les fonctions génitales dans la période active de la vie conjugale—n'est ni une cause d'infécondité chez les parents, ni une cause de mortalité chez les enfants.

Ce qui fait que les tabétiques sont plus souvent stériles que le commun des mortels, ce qui fait que ceux qui sont féconds perdent plus d'enfants que les personnes saines, c'est surtout la syphilis, dont le trois quarts d'entre eux ont été atteints avant de devenir tabétiques. On pourrait appliquer mot pour mot à ce genre de malades les conclusions que mon ami le Docteur Régis a tirées de son étude sur la descendance de paralytiques généraux: «Ce qui influe à cet égard, disait-il, dans un travail tout récent, ce n'est ni la paralysie générale elle-même, ni la période à laquelle elle est arrivée, c'est le Primum Movens, en l'espèce: la syphilis. Plus les enfants d'un paralytique général naissent à une date rapprochée de l'infection spécifique et plus ils sont exposés à succomber ou à rester débiles, plus ils naissent à une date éloignée de l'époque de cette infection et plus ils ont de chances de vivre et d'être bien constitués (1)». Cela est également vrai pour les enfants des tabétiques.

---

(1) E. Régis, Paralysie générale et Grossesse. (Journal de Médecine de Bordeaux, 29 Mars 1903).

III

Avenir des enfants des tabétiques.

Il me reste à dire quelques mots de l'avenir des enfants des tabétiques. A part quelques très rares exceptions, ces enfants sont bien constitués, leur développement physique et intellectuel se fait normalement, leur santé est excellente. Parmi les 286 rejetons issus des tatétiques dont nous avons dépouillé les observations, plusieurs ont déjà passé la vingtième année, et quelques-uns ont atteint la trentième et même la trentè-cinquième. Aucun ne porte de stigmates grossiers de dégénérescence physique ou mentale. Aucun n'est idiot ou épileptique. Aucun ne présente de symptômes de syphilis héréditaire tardive. Quelques-uns ont des maladies évidemment indépendantes de leur hérédité: l'un a de la cyanose congénitale par inoblitération du trou de Botal, l'autre a une cardiopathie rhumatismale; quelques-uns ont eu des manifestations scrofuleuses ou sont devenus tuberculeux. En immense majorité ils sont sains de corps et d'esprit.

Conclusions:

La première conclusion qui découle de l'analyse des faits ci-dessus exposés, c'est que le tabès n'est vraisemblablement pas la cause efficiente de la stérilité qui frappe un bon nombre de ménages de tabétiques ni de la morti-natalité qui sévit sur la descendance de la plupart des autres. Cette stérilité et cette moralité sont, selon toute probabilité, les conséquences non pas du tabès lui-même, mais de l'infection antérieure d'où dérive le tabès, spécialement de la syphilis.

La seconde, c'est que le tabès n'est pas, comme on a pu le penser à une certaine époque et comme le prétendent encore quelques pathologistes, une maladie susceptible de se transmettre héréditairement, sous des formes similaires ou dissemblables, des ascendants aux descendants.

DELIMITATION DE LA NATURE PATHOLOGIQUE DU DELIT

Rapport del Dr. RAFAEL SALILLAS (Madrid).

Como contribución al estudio de la naturaleza del delito, expongo la siguiente teoría, resultado de mis investigaciones estadísticas en 110.727 delincuentes, comprendidos en el quinquenio de 1883-1887 de la estadística de *Administración de Justicia en lo criminal.*

Estudio el delito conforme al desenvolvimiento de la edad.

La clasificación de las edades en la estadística española que utilizo es la siguiente:

1.ª Mayores de nueve y menores de quince años.
2.ª Idem de quince y menores de dieciocho años.
3.ª Idem de dieciocho y menores de veinticinco.
4.ª De veinticinco á cuarenta años.
5.ª De cuarenta á sesenta años.

No comprendo la sexta edad de sesenta en adelante, porque mi proceder requiere que las edades se limiten en términos señalados.

El total de años de las edades clasificadas es de 51.

El total de delincuentes es:

1.ª	3.358
2.ª	9.932
3.ª	35.679
4.ª	41.527
5.ª	20.231
Total	110.727

Con estos dos factores, el total de años y el número de delincuentes se establece la proporción.

Así resultan las proporciones generales:

1.ª	1,55
2.ª	4,57
3.ª	16,43
4.ª	19,13
5.ª	9,32
TOTAL	51,00

De igual manera están hechos los cálculos en lo referente á cada delito en particular.

Después de esto se define el carácter delincuente de cada edad.

1.º Por los delitos que aparecen en ella representados.

2.º Por la intensidad de los delitos.

A este fin se clasifican, en cada una de las edades, en tres intensidades: *máxima, media y mínima.* (Véanse los Apéndices.)

No bastaría esto para precisar teóricamente la naturaleza del delito, si no se estableciera con algún criterio una clasificación de los delitos.

Hemos seguido el criterio más biológico: el funcional.

El delito, á nuestro parecer, se manifiesta conforme á los imperativos funcionales.

No hay más que dos funciones primordiales ó básicas, como decimos nosotros: la nutritiva y la generativa.

Clasificados los delitos por su determinante funcional, resulta la clasificación siguiente:

Delitos de significación nutritiva.—Los que llama el Código penal delitos contra la propiedad. Son éstos: robos, hurtos, usurpación, estafas y delitos análogos, incendio y otros estragos y daños.

Clasificamos estos delitos en dos grupos principales:

a) Delitos de utilización de la propiedad.

b) Delitos de destrucción de la propiedad.

Los primeros ofrecen varias modalidades:

1.ª Apropiación directa: robos y hurtos.

2.ª Apropiación indirecta: estafas y delitos análogos.

3.ª Sustitución jurídica: usurpación.

Delitos de significación generativa.—Los que el Código llama delitos contra la honestidad. Son éstos: adulterio, violación y abusos deshonestos, escándalo público, estupro y corrupción de menores y rapto.

Dentro de esta clasifcación no están comprendidos todos los delitos.

Para comprenderlos se requiere una ampliación de la clasificación.

Comprende ésta:

a) Los delitos homólogos.

b) El tipo de acción.

Delitos homólogos.—Hay delitos que van unidos (véanse los Apéndices) á los delitos de significación nutritiva ó de la generativa.

Los delitos de destrucción de la propiedad (incendio y daños), van unidos á los de adquisición de la propiedad (robos y hurtos).

Los delitos más significados contra las personas, ó delitos de sangre, van unidos á los delitos de significación generativa.

Tipo de acción.—Estudiando el tipo de acción en los delincuentes profesionales, resulta su acción definida por las tres siguientes maneras accionales:

Coacción.

Falsificación.

Sugestión.

Coacción.—Comprende los delitos contra la libertad y seguridad de las personas.

Falsificación.—Comprende, además de las falsedades, los juegos y rifas, los delitos contra la salud pública y los delitos contra el estado civil de las personas·

Sugestión.—Comprende los delitos contra el honor: la injuria y la calumnia.

Aun queda otra clasificacion complementaria pero prescindiremos da ella como menos esencial, y entraremos inmediatamente en el estudio de la evolución del delito.

Evolución del delito.—La demostraremos por edades y por lo que indica la agrupación de los delitos en la intensidad máxima de cada edad.

Primera edad.—Comprende á los mayores de nueve y menores de quince años.

Se caracteriza por la delincuencia de significación nutritiva.

Se insinua la delincuencia de significación generativa, no por actos generativos, sino por alardes de esta función, que no otra cosa significa el escándalo público.

MÁXIMA

Hurtos.

Robos.

Incendio.

Escándalo.

Segunda edad.—Comprende á los mayores de quince y menores de dieciocho años.

Se caracteriza por la vigorosa insinuación de la delincuencia de significación generativa, con el delito de violación; por la afirmación de la delincuencia nutritiva, manifestándose unidos los delitos de *apropiación directa* (robos y hurtos) y los *homólogos* (incendio y daño).

Prescindimos de la significación de imprudencia temeraria, que es muy interesante, pero no pertinente para lo esencial de este estudio en la demostración que ahora se sigue:

MÁXIMA

Violación.
Imprudencia temeraria.
Robos.
Hurtos.
Incendio.
Daños.

Tercera edad.—Comprende á los mayores de dieciocho y menores de veinticince años.

Se caracteriza por el predominio de la delincuencia de significación generativa y por la unión de esta con su *homóloga* la delincuencia de sangre.

MÁXIMA

Rapto.
Infanticidio.
Estupro y corrupción de menores.
Disparo.
Violación y abusos deshonestos.
Homicidio.

Cuarta edad.—Comprende á los de veinticinco á cuarenta años.

Se caracteriza por la insinuación del delito de tipo sugestivo.

Pero esto no es lo que define la caracteristica delincuente.

En esta edad se significa el hecho de la máxima diferenciación orgánica y sociológica. Los organismos han completado su desarrollo orgánico y los individuos han realizado su acomodo familiar y social.

La delincuencia se manifiesta por tendencias de desacomodación ó rebeldía, y esta significación tienen los delitos que componen la máxima de esta edad.

Subsisten dos delitos contra las personas, que implican dos maneras de desacomodación: el parricidio (que es en su mayor parte uxoricidio) y el aborto. A esta misma tendencia responde el adulterio.

Alcanzan su máxima los delitos políticos y contra el orden público·

Lo propio ocurre con el quebrantamiento de condena ó rebeldía contra el estado penal.

La calumnia y los fuegos y rifas no son más que insinuaciones de la caracteristica delincuente en la quinta edad.

Lo inequivocamente característico es el conjunto de los delitos de desacomodación ó rebeldía.

MÁXIMA

Calumnias.
Políticos.

Adulterio.
Parricidio.
Quebrantamiento de condena.
Aborto.
Contra el órden público.
Juegos y rifas.

Quinta edad.—Comprende á los de cuarenta á sesenta años.

Es la edad de mayor desenvolvimiento de la mentalidad y se verifica en ella la sustitución de las manifestaciones francamente fisiológicas por las psíquicas.

Esta es la caracteristíca delincuente de esta edad: la de la delicuencia psíquica.

Se manifiestan preponderantemente los delitos del tipo falsificativo y del sugestivo.

MÁXIMA

Burocráticos.
Contra la salud pública.
Usurpación.
Injurias.
Calumnias.
Contra el estado civil de las personas.
Falsedades.

Resumen.—La demostración de nuestro estudio es concluyente en lo que respecta á la evolución natural del delito y á su significación funcional.

Hay en la evolución del delito dos períodos: uno fisiológico y otro psíquico.

Hay un estado intermedio que corresponde al período de diferenciación, de integración, de acomodación orgánica y social y que se caracteriza por delitos de desacomodación ó rebeldia.

Con arreglo á estas indicaciones se puede trazar el siguiente cuadro de la evolución natural del delilo.

Evolución natural del delito........	Singnificación funcional nutritiva..............	Primera edad. Segunda edad.
	Significación funcional generativa...............	Tercera edad.
	Desacomodación.........	Cuarta edad.
	Significación psíquica....	Quinta edad.

El delito, por lo tanto, sigue el orden de aparición y desenvolvimiento de las funciones orgánicas y del desenvolvimiento orgánico.

La naturaleza patológica. — ¿Contradice esto terminantemente la afirmación, muy firmemente definida por antropólogos, criminalistas y psiquiatras, de que el delito en la inmensa mayoria de los casos es de naturaleza patológica?

No es, ni puede ser este el alcance de nuestra demostración.

La demostración está hecha con las *máximas* de nuestra estadística y queda sin definir lo que acusan las *medias y las mínimas.*

Sería muy largo y detallado el estudio de pormenor que habríamos de hacer en el estudio de los componentes de delitos de esas dos últimas intensidades estadísticas, para llegar á una demostración concluyente.

Consistirá esta demostración en poner en evidencia que para precisar la naturaleza patológica, habría que definir tres manifestaciones de la delincuencia.

1.ª La *naturalidad* de la manifestación delincuente.
2.ª La *precocidad* de la manifestación delincuente.
3.ª La *retroactividad* de la manifestacicn delincuente.

Naturalidad.—Se tiene que definir por orden de desarrollo y de manifestaciones funcionales y se tiene que limitar por edades.

Estas edades pueden ser en unos casos *ontogénicas* ó de evolución individual y en otros *filogénicas* ó de evolución de la especie.

Existe una locución común definidora de la manera como son apreciadas ciertas acciones, quitándoles, según los individuos que las cometan, todo carácter pecaminoso ó delincuente.

Así se dice: *esto es muy propio de su edad.*

De manera que está reconocido por el común consenso, que hay acciones *propias* de una edad é *impropias* de otra edad.

La propiedad de la acción conforme á la edad, es lo que define la *naturalidad* de la acción.

En orden ontogénico, así se disculpan ciertas acciones de los niños y de los jóvenes que en otras edades serían grandemente vituperadas.

Por el mismo criterio en orden filogénico, no se reputan delincuentes muchas acciones realizadas por los pueblos infantiles ó salvajes, que son tales delitos en los códigos de los pueblos civilizados.

Además, se ha de tener en cuenta que las funciones fisiológicas se organizan conforme se va desenvolviendo la organización social, y que de ese modo se establece una regularización que normaliza y ordena la satisfacción de las apetencias orgánicas.

Acerca de este particular existe una demostración muy evidente

en nuestros ordenamientos estadísticos. En la tercera edad los delitos de significación generativa llegan á la *máxima*, y en la cuarta edad, pasan á los tres últimos lugares de la *mínima*.

¿Quiere decir que los indivíduos de 25 á 40 años hayan decaido en su potencia genital? En manera alguna. Lo que quiere decir, es que la función generadora se ha regularizado en virtud de uniones estables.

En suma: lo que es *propio* de una edad define la *naturalidad* de una manifestación, y se debe atribuir á la fisiología, y no á la patología.

Precocidad.—Constituye un fenómeno de *impropiedad*. Es una anticipación de tendencias, y para explicarlas, se debe acudir preferentemente á la patología.

Esta anticipación de tendencias puede ser de dos órdenes:

a) *Por exacerbación é incremento de las malas tendencias infantiles.*

Considerada la edad infantil, según la definen los criminalistas, los psiquiatras y los pedagogos, como edad de malas tendencias, ó considerada como parece más natural como edad de indiferenciación en que predominan con espontaneidad las tendencias originales, lo que perdure de esa edad en las subsiguientes es muy atribuible á dos definiciones de la escuela antropológica para la explicación del delito: *el infantilismo* y el *atavismo*.

Uno y otro concepto se fundan en la *detención de desarrollo* en un período de la evolución orgánica, ya sea ontogénica ó individual *(período infantil)* ó filogénica ó de la especie *(período ancestral)*.

Aun es admisible otra clase de infantilismo ó atavismo, no referible al estado orgánico de las individualidades, sino al estacionamiento evolutivo de las sociedades. Así se esplican los delitos violentos y la permanencia del bandolerismo en algunas regiones de Italia. (Niceforo).

Por igual razón es admisible otra clase de infantilismo, que por darle nombre lo llamaremos *pedagógico*. La tendencia pedagógica consiste en rectificar las malas tendencias infantiles. Las tendencias no rectificadas y que perduran por el mal ejemplo, la mala educación ó el abandono educativo, constituyen un infantilismo de esa índole.

En cualquiera manera de infantilismo ó atavismo, la característica es la detención de desarrollo, cuya detención no es siempre de naturaleza patológica, á lo menos á partir de las conceptuaciones definidamente patológicas.

Puede hacerse la siguiente clasificación:

Detención de desarrollo.	Infantilismo.........	Orgánico.
		Pedagógico.
	Atavismo...........	Individual.
		Social.

b) *Por anticipación de mentalidad ó de virilidad.*

Este caso es admisible teóricamente y también realmente.

Marro señala en los estafadores el predominio de los padres viejos, indicando á la vez que el estafador pone en juego principalmente «sus facultades psíquicas, la simulación y la doblez» en vez de las fuerzas físicas, «la agilidad, la destreza y la violencia.»

En otra clase de delitos es demostrable también, ó la anticipación de la mentalidad ó la de la virilidad como manifestaciones impropias de una edad determinada.

Retroactividad.—Es otro modo de impropiedad no atribuible á las mismas causas que la precocidad.

Como ejemplo manifiesto de retroactividad, puede señalarse la exacerbación de las apetencias sexuales en los viejos, hecho demostrado por Quetclet.

CONCLUSIONES

1.ª La demarcación de la naturaleza del delito puede hacerse por los delitos que alcancen la intensidad máxima en cada división de las edades individuales.

2.ª Por este proceder se evidencia que el delito sigue el mismo curso de la evolución orgánica, manifestándose primeramente los delitos de significación funcional nutritiva, luego los de significación funcional generativa, luego los delitos de desacomodación, y por último la delincuencia psíquica.

3.ª Que esta serie evolutiva define la *naturalidad* de la manifestación delincuente, y contrastándola con ella deben ser apreciados los fenómenos de *precocidad y retroactividad.*

4.ª Que en la naturalidad de la manifestación debe suponerse la que puede ser llamada manifestación fisiológica del delito y en la precocidad y retroactividad, la manifestación patológica.

5.ª Que la conceptuación vulgar que define lo *que es propio* y lo que es *impropio* de cada una de las edades, puede ser aplicado á la conceptuación científica de lo que es *fisiológico* y lo que es *patológico.*

APÉNDICES ESTADÍSTICOS

PRIMERA EDAD

Máxima.		Media.		Mínima.	
Hurtos	2,77	Imprudencia temeraria	1,18	Estafas	00,77
Robos	2,20	Daños	1,84	Asesinato	00,61
Incendio	2,19	Violación	1,69	Homicidio	00,50
Escándalo público	2,01	Lesiones	1,03	Disparo	00,42
				Parricidio	00,32
				Juegos y rifas	00,27
				Falsedades	00,16
				Contra la libertad y seguridad	00,12
				Contra el órden público	00,07

SEGUNDA EDAD

Máxima.		Media.		Mínima.	
Violación	7,77	Disparo	4,00	Adulterio	1,89
Imprudencia temeraria	7,35	Lesiones	3,60	Falsedades	1,59
Robos	6,65	Rapto	3,23	Infanticidio	1,50
Hurtos	6,38	Estafas	3,15	Contra el órden público	1,36
Incendio	5,70	Homicidio	3,10	Contra la salud pública	1,15
Daños	5,24	Asesinato	2,65	Quebrantamiento de condena	1,04
		Contra la libertad y seguridad	2,20	Injurias	0,78
		Escándalo	2,01	Parricidio	0,64
				Burocráticos	0,26

TERCERA EDAD

Máxima.		Media.		Mínima.	
Rapto	32,26	Lesiones	18,65	Falsedades	9,45
Infanticidio	24,00	Imprudencia temeraria	18,44	Usurpación	9,02
Estupro	23,31	Robos	17,61	Políticos	8,71
Disparo	23,02	Asesinato	17,39	Parricidio	7,69
Violación	20,31	Contra la libertad	16,17	Contra la salud pú- pública	7,47
Homicidio	20,25	Daños	15,28	Injurias	7,41
		Quebrantamientos de condena	15,25	Calumnias	4,92
		Hurtos	14,50	Burocráticos	1,73
		Contra órden público	14,21		
		Adulterio	14,35		
		Escándalo	14,09		
		Incendio	13,30		
		Estafas	13,09		
		Aborto	12,50		
		Juegos	11,46		
		Contra el estado civil	10,87		

CUARTA EDAD

Maxima.		Media.		Mínima.	
Calumnias	26'23	Injurias	22'97	Contra la salud pública	18'97
Políticos	25'54	Falsedades	22'64	Infanticidio	18'50
Adulterio	25'47	Usurpación	22'37	Disparo	18'10
Parricidio	25'32	Contra la libertad	22'26	Incendio	17'68
Quebrantamiento	25'26	Asesinato	22'15	Daños	17'64
Aborto	25'00	Contra el estado civil	21'74	Robos	17'58
Contra el orden público	24'09	Estafas	21'37	Hurtos	17'41
Juegos	23'60	Escándalo	20'80	Imprudencia temeraria	15'63
		Burocrático	20'65	Estupro	15'34
		Homicidio	20'20	Rapto	15'05
		Lesiones	17'79	Violación	14'00

QUINTA EDAD

Máxima.		Media.		Mínima.	
Burocrático	28'35	Parricidio	16'99	Contra la libertad	10'22
Contra la salud pública	23'56	Políticos	15'54	Hurtos	9'94
Usurpación	19'94	Juegos	14'60	Adulterio	9'43
Injurias	19'83	Estafas	12'61	Quebrantamiento de condena	9'42
Calumnias	19'67	Aborto	12'50	Asesinato	8'20
Contra el estado civil	18'48	Estupro	12'27	Lesiones	7'93
Falsedades	17'15	Incendio	12'13	Imprudencia temeraria	7'60
		Escándalo	12'08	Violación	7'23
		Contra el orden público	11'27	Infanticidio	7'00
		Daños	11'00	Robos	6'95
				Homicidio	6'94
				Disparo	5'46
				Rapto	0'54

COMMUNICATIONS

LOS LOCOS PSEUDO-CRININALES EN ESPAÑA

por el Dr. MANUEL IGLESIAS Y DIAZ (Madrid).

Asunto trascendental y de notorio interés para las Sociedades y los Estados es el que se refiere á la situación actual y destino que deba darse á tantos desgraciados que, habiendo realizado en estado de locura alguno de los hechos castigados por el Código Penal, ó perdido la razón en el curso de un proceso criminal, ó despues que los Tribunales de Justicia han dictado sentencia condenatoria, exigen por humanidad un tratamiento adecuado, ó pueden ser un verdadero peligro para sus semejantes.

Se ha aplicado á tales enajenados las denominaciones de *locos criminales*, de *locos-delincuentes* ó de *criminales-locos*; pero con evidente

impropiedad puesto que los locos no pueden delinquir hallándose privados de conciencia y de libertad moral.

Por esto les designamos con el nombre de *locos seudo-criminales* ó *seudo-delincuentes*, porque el que carece de razón sana está exento de responsabilidad por todos los Códigos, en consideración á que no debe tenerse como delincuente ó criminal al que no se halla en posesión del libre albedrío, característico de la persona humana. Son *falsos* criminales, no *delincuentes verdaderos*.

Numerosos problemas surgen de los diversos puntos de vista, desde los cuales puede ser considerada esta difícil y espinosa materia que ha sido objeto del estudio reflexivo de los médicos mentalistas, de los sociólogos, de los criminalistas y de los Congresos Internacionales de Antropología criminal, con especialidad desde mediados del siglo XIX, y cuyos problemas distan mucho de hallarse resueltos, exigiendo la investigación de cuantos tengan conciencia de su importancia médica y social.

No por otro motivo, y creyendo cumplir así deberes anejos á uno de los cargos que desempeño, me he decidido á presentar algunos datos y consideraciones sobre los *locos seudo criminales en España*, y especialmente acerca de su número, legislación á que se hallan sometidos, resultados que ésta ha producido y reforma que exige, con el fin de aportar materiales, que alguien pueda utilizar, si tal fuera su suerte, para aclarar cuestiones que se hallan en la obscuridad ó rodeadas de tinieblas.

I

En el tiempo transcurrido desde la publicación del Real decreto de 1.° de Septiembre de 1897 hasta el 1.° de Octubre del año corriente, ó sea en el último quinquenio, el número de presos declarados locos por los Tribunales de Justicia, según se desprende de los testimonios de sentencias ó autos recibidos en la Dirección General de Establecimientos Penales, y que he consultado uno por uno, es el de 472; correspondiendo 52 al sexo femenino, y resultando, por tanto, una proporción anual de 94,4 para la población total de España, que, según el censo de 31 de Diciembre de 1897, está representada por 18.089.500 habitantes.

Sólo hay un extranjero, de nacionalidad alemana, y acusado de atentado, y que fué calificado de loco peligroso, y se entregó al cónsul de su país.

Dicha cifra total de locos seudo-crimtnales, en el quinquenio, se

distribuye por Audiencias de lo Criminal, y en la escala de mayor á menor, en los siguientes términos:

Barcelona, 83 locos seudo-criminales para 1.034.538 habitantes.
Coruña, 30: 631.119.
Zaragoza, 29: 413,480.
Sevilla, 25: 547,020.
Valencia, 24: 775,925.
Lérida, 24: 274,867.
Pontevedra, 21: 447,612.
Madrid, 21: 737,444.
Bilbao, 17: 290,222.
Granada, 17: 477,768.
San Sebastián, 14: 191,822.
Teruel, 14: 239.831.
Huesca, 13. 238,935.
Burgos, 13: 340,001.
Vitoria, 10: 94,622.
Segovia, 10: 156,066.
Avila, 10: 197,636.
Pamplona, 10: 302,978.
Tarragona, 8: 334,343.
Orense, 8: 402,873.
Badajoz, 7: 490,531.
Logroño, 6: 186.223.
Guadalajara, 5: 199,290.
Huelva, 5: 253,970.
Castellón, 5: 304,477.
Salamanca, 5: 317,005.
Cádiz, 5: 434,250.
Jaén, 5: 463,806.
Palencia, 4: 193,668.
Cuenca, 4: 241,566.
Valladolid, 4: 276,366.
Almería, 4: 344,681.
León, 4: 384,197.
Albacete, 3: 233,005.
Santander, 3: 263,673.
Ciudad-Real, 3: 305,002.
Las Palmas, 2: 334,521.
Córdoba, 2: 443,582.
Lugo, 2: 459,119.

Oviedo, 2: 612,663.
Zamora, 1: 275,354.
Cáceres, 1: 354,245.
Alicante, 1: 451,174.

El Tribunal Supremo declaró loco á un procesado; otro el Tribunal Militar de la Capitanía General de Cataluña y otro el de la Capitanía General del Ferrol.

No resulta declaración alguna de locura en las 6 Audiencias provinciales siguientes:

Soria, cuya población es de 147,387 habitantes.
Gerona, de 298,497.
Palma (Baleares), de 306,926.
Toledo, de 370,012.
Málaga, de 485,132.
Murcia, de 518,262.

Las 52 mujeres locas seudo-criminales, corresponden á las Audiencias que á continuación se expresan:

Barcelona y Coruña, 6.
Zaragoza, 5.
Madrid, 4.
Bilbao y San Sebastián, 3.
Burgos, Valladolid y Lérida, 2.
Avila, Capitanía general del Ferrol, Badajoz, Cáceres, Castellón, Granada, Huesca, Oviedo, Orense, Palencia, Pamplona, Sevilla, Tarragona, Teruel, Valencia y Vitoria, cada una, 1.

Despréndese de los datos anteriores, que la provincia de Álava es la qne arroja mayor número de locos seudo-criminales, puesto que corresponde 1 á cada 9,462 habitantes; siguèn, Lérida, con 1 por cada 11,452; Barcelona, con 1 por cada 12,464; Guipúzcoa, 1 por cada 13,701; Zaragoza, 1 por cada 14,250; Vizcaya, 1 por cada 17,071; Coruña y Pontevedra, 1 por cada 21,000.

En el sexo femenino, también figura en primer término Barcelona y Coruña, con 6; Zaragoza, con 5; y Madrid, con 4.

La consideración de la *edad* de los locos seudo-criminales, que no consta en algunos expedientes, ofrece los siguientes resultados:

En hombres: 223, de 20 á 40 años; 138, de 40 á 60; 24, de 12 á 20; y 22, de 60 en adelante. La edad mínima, 12 años y la máxima, 85.

En mujeres: 22, de 20 á 40 años; 20, de 40 á 60; 2, de 12 á 20; y otras 2, de 60 en adelante. Mínima, 12 años, y máxima, 84.

Respecto á oficios, cuando consta esta circunstancia en las filiaciones ó diligencias judiciales, el resumen es este:

Hombres: jornaleros, 101; labradores, 105; pastores, 10; carpinteros y zapateros, 8; herreros y cerrajeros, 6; cesantes, 6; propietarios, 4; presbíteros, 3; abogados, 2; del comercio 6; veterinarios y maestros de instrucción primaria, uno de cada clase; estudiantes, 3, y uno ó dos de los oficios de esquilador, sillero, guarda del campo, colchonero, moldeador, revendedor, vigilante, espartero, relojero, picapedrero, curtidor, sombrillero, peluquero, calderero, tonelero, sastre, mozo de cuerda, posadero, marmolista, abaniquero, molinero, agente, jabonero, marinero, maquinista y escribiente. Figuran 10 pordioseros y muchos sin ocupación ú oficio conocido.

Mujeres: la mayoría estaba dedicada á sus labores, y se contaron 2 labradoras, 1 curtidora y algunas dedicadas á la mendicidad.

El *delito* perseguido fué:

Para los *hombres*: lesiones, 93; homicidio y asesinato, realizados ó frustrados, 53; parricidio, 19; amenazas, injurias, atentado y desobediencia, á veces con lesiones, 88; robo, 71; incendio, 27; disparo de arma de fuego y lesiones, 17; daños, 11; violación y abusos deshonestos, 10; allanamiento de morada, 6; contra la liberiad de cultos, 4; violación de sepultura y robo, 2; expendición de moneda y de billetes falsos, 2; falsedad, viajar sin billete, provocación de aborto, tenencia de materias explosivas y embarque clandestino, 1, por cada delito. Los homicidios fueron dobles en algún caso, y los parricidios recayeron en padres, hijos y esposos.

Para las *mujeres*: homicidio, 9; parricidio, 8; hurto, 6; atentado, desacato, amenazas é injurias, 8; lesiones, 5; incendio, 4; daños, 2; infanticidio y aborto, 2. En uno de los casos, el asesinato recayó en 6 niños.

No es posible presentar una estadística precisa, referente á la clase de *vesania*, de que se hallaban afectados los *locos seudo-criminales* de que vamos tratando, porque en el gran número de expedientes se me expresa, empleándose las palabras locura, demencia é imbecilidad en el sentido amplio y general de falta de razón.

Consignaremos, sin embargo, los siguientes datos:

Hombres: Imbecilidad é idiotismo, como forma de las monstruosidades; 68; locura sistematizada progresiva, 68, de las cuales corresponden la mayoría á la especie persecutiva, 1 á la religiosa y 2 á la erótica; melancólica, 8; frenastenias,, delirante, razonadora é instintiva, 13; demencia, 28; manía, 40; parálisis general, 5; epilepsia, 23; histerismo, 2; kleptomanía, 2; sordo-mudez, 1; infección tífica, 1; alcohólica, con delirium tremens, 2; afasia y hemiplegia, 2; manía senil é intermitente, 1 de cada especie.

Mujeres: Idiotismo é imbecilidad, 7; locura persecutiva, 3; religiosa, 4; erótica, 2; demencia, con ó sin parálisis, 7; alcoholismo, 2; histerismo, 9; kleptomanía, 1; melancólica, 1.

La inmensa mayoría de locos seudo-criminales realizó el hecho que dió motivo al proceso en estado de enagenación mental, y los Tribunales declararon exentos de responsabilidad á los interesados; en 13 hombres y 1 mujer se desenvolvió la locura, al parecer, en el curso del proceso, aunque muchos ofrecieron signos de padecerla anteriormentn, y en 23 individuos del sexo masculino y 1 del femenino, la falta de razón se presentó después de sentenciados á diferentes penas, habiendo entre éstos 2 hombres condenados á muerte y alguno á cadena perpetua. En no pocos casos los procesados ofrecieron manifestaciones de su locura en el acto del juicio oral y, reconocidos por los facultativos, se les declaró por el Jurado exentos de responsabilidad. ¡Prueba elocuente de la necesidad de preparar y observar detenidamente, desde el punto de vista mental, á todos los detenidos y procesados! Algunos cometieron el hecho perseguido cuando se hallaban en un Manicomio ó después de haberse fugado del establecimiento.

Por tratarse de hechos que corresponden á delitos menos graves, 105 hombres y 4 mujeres, se entregaron á su familia, si ésta ofreció suficiente fianza de custodia, encerrándoles, en caso contrario, en Manicomio.

En la mayoría de los expedientes consultados no consta el Manicomio á donde fueron destinados los locos seudo-criminales, hallándose tan solo los siguientes datos: que en San Baudilio de Llobregat ingresaron 35 hombres y 3 mujeres; en Zaragoza, 14 y 13 respectivamente; en Valencia, 13 hombres; en Valladolid, 10 hombres y 4 mujeres; en Santa Cruz de Barcelona, 9 hombres; en Sevilla, 11 hombres; en Teruel, 5 hombres y 1 mujer; en Cádiz, 4 hombres; en el Hospital civil de Barcelona, 4 hombres; en Granada, 3 hombres; en la Penitenciaría Hospital del Puerto de Santa María, hoy suprimida, otros 3 hombres; en Mérida, 2 hombres; en Palencia, 2 hombres y 1 mujer; Bermeo, 3 hombres; en Ciempozuelos y Conjo, 1 hombre y 1 mujer en cada uno; en Santa Isabel de Leganés, 2 hombres; en Salamanca y Santa Agueda, 1 hombre, y en Oviedo, 1 mujer. Consta, además, que alguno se escapó del Manicomio ó realizó agresiones. Cierto número había estado anteriormente en tales establecimientos, saliendo la mayoría por curación. Entre éstos es digno de anotarse un sujeto de cuarenta y cinco años, jornalero, que mató á su padre y á su madrastra y estuvo recluído durante bastantes años en Leganés. Recibió el alta como curado, y al poco tiempo, habiendose trasladado á Barcelona, hirió grave-

mente á su mujer, por lo cual fue declarado exento de responsabilidad, ingresando en San Baudilio. Es tambien digno de mención un epiléptico, que perdía la razón todos los meses en días fijos, recobrándola despues.

El alcoholismo ha figurado como factor importante en el desarrollo, recidiva y carácter peligroso de gran número de los casos de locura á que nos vamos refiriendo.

Conocidos los anteriores datos acerca del número y condiciones de los locos seudo-criminales en España, parécenos de alguna utilidad y valor para los fines de nuestra comunicación, las siguientes noticias sobre el número de individuos que en 30 de Septiembre de este año se hallaban cumpliendo condena en los presidios y cárceles correccionales de nuestro país:

En los presidios, la población penal era de 8.663 sentenciados, distribuídos en los establecimientos penitenciarios que á continuación se expresan: Ceuta, para los de cadena perpetua y temporal, 2.226; presidio de Granada, 857; San Miguel, de Valencia, para reclusión temporal y perpetua, 685; presidio de Burgos, 691; Cartagena, 801; Ocaña, 601; San Agustín, de Valencia, 469; Santoña, 473; Alcalá, 437 hombres y 192 mujeres; Sevilla, 362; Chinchilla, 321; Tarragona, 310; Chafarinas, 140; Peñón, 56, y Alhucemas, 62.

En las cárceles correccionales existían en dicha fecha: Almendralejo, 5; Baza, 46; Bilbao, 26; Berja, 31; Badajoz, 32; Córdoba, 32; Carmona, 15; Cáceres, 54; Cádiz, 107; Castellón, 39; Estella, 64; Guadalajara, 62; Gerona, 15; Granada, 51; Huelva, 44; Huercal-Overa, 7; Jaén, 53; Logroño, 51; Las Palmas, 4; Lucena, 13; Linares, 3; León, 15; Lérida, 19; Lugo, 15; Llerena, 5; Monóvar, 24; Madrid, 46 mujeres y 141 hombres; Murcia, 81; Málaga, 27; Osuna, 16; Oviedo, 74; Ortigueira, 25; Orense, 20; Palencia, 41; Pontevedra, 47; Palma de Mallorca, 19; Ronda, 7; Sevilla, 43; Salamanca, 19; Soria, 25; San Sebastián, 8; Santiago, 10; Torrelavega, 25; Ubeda, 9; Vitoria, 15; Valladolid, 46; Valencia, 84; Ugijar, 50; Zaragoza, 52; Zamora, 10.—Total, 1.776.

II

La legislación vigente de España, en lo referente á locos seudo-criminales, se halla reducida á los artículos 8.° y 101 del Código penal, á los arts. 381, 383, 991 y 994 de la ley de Enjuiciamiento criminal y al Real decreto de 1.° de Septiembre de 1892.

El art. 8.° del Código penal dice: «Que no delinque, y está exento de responsabilidad criminal: 1.° El imbécil y el loco, á no ser que éste

haya obrado en un intervalo de razón. Cuando el imbécil ó el loco hubiere ejecutado un hecho que la ley califica de delito grave, el tribunal decretará su reclusión en uno de los hospitales destinados á los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo tribunal. Si la ley calificare de delito menos grave el hecho ejecutado por el imbecil ó el loco, el tribunal, según las circunstancias del hecho, practicará lo dispuesto anteriormente, ó entregará al imbecil ó loco á su familia, si esta diera suficiente fianza de custodia.»

El art. 101 de dicho Código preceptúa: «Cuando el delicuente cayere en locura ó imbecilidad despues de pronunciada sentencia firme, se suspenderá la ejecución tan sólo en cuanto á la pena personal, observándose en sus casos respectivos lo establecido en el art. 8.° En cualquier tiempo en que el delincuente recobrase el juicio, cumplirá la sentencia, á no ser que la pena hubiere prescrito, con arreglo á lo que se establece en este Código. Se observarán también las disposiciones respectivas de esta sección, cuando la locura ó imbecilidad sobreviniere, hallándose el sentenciado cumpliendo la sentencia.»

La ley de Enjuiciamiento criminal prescribe lo siguiente:

«Art. 381. Si el juez advirtiere en el procesado indicios de enagenación mental, le someterá inmediatamente á la observación de los médicos forenses en el establecimiento en que estuviese preso, ó en otro público, si fuere más á propósito ó estuviere en libertad.»

«Art. 382. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el juez recibirá información acerca de la enagenación mental del procesado, en la forma prevenida en el art. 380.»

«Art. 383. Si la demencia sobreviniera despues de cometido el delito, concluso que sea el sumario, se mandará archivar la causa por el tribunal competente hasta que el procesado recobre la salud, disponiéndose, además, respecto de éste, lo que el Código penal prescribe para los que ejecutan el hecho en estado demencia. Si hubiere algún procesado por razón del mismo delito, que no se encontrare en el caso del anterior, continuará la causa solamente en cuanto al mismo.»

«Art. 991. Los confinados que se supongan en estado de demencia, serán constituídos en observación, instruyendose al efecto por la Comandancia del presidio en que aquellos se encuentren, un expediente informativo de los hechos y motivos que hayan dado lugar á la sospecha de la demencia, en el que se consigne el primer juicio, ó por lo menos la certificación de los facultativos que lo hayan examinado y observado.»

«Art. 992. Consignada la gravedad de la sospecha, el comandante

del presidio dará cuenta inmediatamente, con copia literal del expediente instruído, al presidente del Tribunal sentenciador de que procedan los confinados, sin perjuicio de ponerlo en conocimiento de la Dirección general de establecimientos penales.»

«Art. 993. El presidente pasará el expediente á que se refiere el artículo anterior al Tribunal sentenciador, el cual, con preferencia, oirá al fiscal, al acusador particular de la causa, si le hubiere, y dándose intervención y audiencia al defensor del penado, ó nombrándole de oficio para este caso, si no lo tuviese, acordará la instrucción más ámplia y formal sobre los hechos y el estado físico y moral de los pacientes, por los mismos medios legales de prueba que se hubiera empleado, si el incidente hubiese ocurrido durante el seguimiento de la causa comisionando al juez de instrucción del partido en que se hallen los confinados.»

«Art. 994. Sustanciado el incidente á que se refieren los artículos anteriores en juicio contradictorio, si hubiere oposición, y en forma ordinaria si no la hubiere, y después de oir las declaraciones juradas de los peritos en el arte de curar, y en su caso, la Academia de Medicina, se dictará el fallo que proceda. Este se comunicará al comandante del presidio, quien si se hubiese declarado la demencia, trasladará el penado demente al establecimiento que corresponda, todo sin perjuicio de cumplir lo que el Código penal prescrive, si en cualquier tiempo el demente recobrase su juicio».

Complemento de las disposiciones precedentes es el Real decreto de 1.° de Septiembre de 1897, en que se dictaron tres reglas prácticas que se juzgaron necesarias para cumplir los preceptos del Código penal y de la ley de Enjuiciamiento, y se declaró en la exposición á S. M.: «Que ni directa ni indirectamente se propone el Ministro reproducir en el decreto el asunto de los Manicomios judiciales, aprobado por el Senado, y que no llegó á ser aprobado en el Congreso»; de cuyo proyecto daremos alguna noticia.

En el art. 1.° del Real decreto mencionado, se establecen las dos siguientes clases de locos seudo-criminales:

«1.° Exento de responsabilidad criminal por causa de enagenación mental.

»2.° Penados cuyo cumplimiento de condena se halla suspendido por causa de enajenación mental».

Dice el art. 2.° que serán recluídos en Manicomio:

«1.° Los varones y hembras exentos de responsabilidad por causa de enagenación mental, que hubieren ejecutado un hecho que la ley

calificare de delito grave, ó calificándolo de menos grave cuando así lo acuerde el tribunal sentenciador.

»2.º Los penados varones y hembras que enloquecieren cumpliendo condena de prisión correccional en las cárceles de Audiencia».

El art. 5.º preceptuaba: «Que estarán reclusos en la penitenciaría hospital del Puerto de Santa María los penados varones, cuyo cumplimiento de condena se halla suspendido por causa de enagenación mental, ya sea ésta condena de muerte, ya de presidio correccional ó de cadena perpétua; los penados varones que cumplieren condena de presidio correccional ó cadena perpétna y que se suponga en estado de perturbación mental, y los penados varones que padezcan de epilépsia. Pero suprimida posteriormente dicha penitenciaría, que desempeñaba funciones de Manicomio judicial, queda sin efecto dicho artículo».

Considéranse como Manicomio, según el art. 6.º: «Los Manicomios propiamente dichos por estar exclusivamente destinados á albergue de locos y á tratamiento de enfermedades mentales, y los departamentos especiales para dementes que existan contiguos ó anejos á los establecimientos provinciales».

En el art. 8.º se ordena: «Que en cuanto sea legalmente declarada la carencia de responsabilidad por causa de enagenación mental del procesado, ya acuerde el tribunal entregarle á su familia con suficiente fianza de custodia, ya recluirlo en un Manicomio, el Presidente de la Audiencia respectiva remitirá á la Dirección general de Establecimientos penales dos copias autorizadas de la sentencia ó auto en que así se acuerde, y dos hojas de filiación en el segundo caso, y una copia y una hoja en el primero».

Dice el art. 9.º: «Tratándose de penados varones ó hembras, que se hallen cumpliendo condena en las cárceles ó en los establecimientos penales, y después de proceder á lo que determinan los artículos del 991 al 994 de la ley de Enjuiciamiento criminal, el Presidente de la Audiencia respectiva remitirá á la Dirección general de Establecimientos penales tres copias autorizadas del fallo y tres hojas de filiaeión del penado. En caso de suspensión de la pena de muerte, se remitirán dos copias y dos hojas de filiación».

Según el art. 10: «La Dirección de Establecimientos penales acusará recibo de los documentos, si el exento de responsabilidad fuere entregado á su familia, y si fuere mandado recluir en un manicomio, determinada la provincia de su naturaleza, ó en su caso la de domicilio del enagenado, remitirá una de las copias y una de las hojas de filiación al gobernador civil de la provincia respectiva, con encargo expreso de que la Diputación provincial acuerde el ingreso del enagena-

do en el Manicomio ó departamento donde tenga asilados á los locos pobres. El mismo trámite se seguirá si el enagenado está cumpliendo condena de prisión correccional».

En el artículo 11 se señalan las obligaciones de los gobernadores sobre este asunto; en el 12 las de la administración del Manicomio; en el 13 la inspección para que la fianza de custodia sea efectiva; en el 14 trata de la documentación referente á los encargados en cuestión, que ha de centralizarse en el negociado de Sanidad penitenciaria de la Dirección de Establecimientos penales; en el 15 ordena que todos los años se publique en *La Gaceta* una estadística de los enagenados que comprende el decreto, con todos los pormenores de clasificación, y en el 16 que la Dirección dicte las instrucciones para el cumplimiento del decreto.

Tal es la legislación vigente en España sobre locos seudo-criminales, y con la cual han de resolverse en la práctica las diversas cuestiones, referentes á las personas que, encausadas por un delito, se demuestra que se hallaban en estado de locura al realizar el hecho por que se les persigue, ó pierden la razón durante el proceso, ó despues de dictada sentencia firme.

Merece tambien mencionarsé un proyecto de ley sobre Manicomios judiciales, presentado al Senado español en 2 de Abril de 1888, por el Ministre de Gracia y Justicia, el eximio jurisconsulto D. Manuel Alonso Martínez, que tenía por finalidad la institución de Manicomios de seguridad y observación, para asegurar la acción tutelar, custodia y tratamiento que corresponde al Estado, respecto á los que, padeciendo de perturbacinn mental, han infringido las leyes penales; consiguiendo en sus cuatro capítulos, reglas y preceptos aplicables á los penados afectados de perturbación mental, á los procesados en el mismo estado morboso y á los sospechosos, para las cuales se establecía un departamento de observación en el Manicomio judicial.

El indicado proyecto, acogido por la opinión sana é ilustrada como un verdadero progreso, como remedio á una necesidad social, fué reproducido por el Gobierno en 1.° de Diembre del mismo año, por hallarse los Cortes en distinta legislatura; aprobándose definitavamente por el Senado en 20 el Enero de 1889, y conservándose en toda su integridad el presentado par el Sr. Alonso Martínez, aunque con la siguiente adición: «La presente ley no empezará á regir hasta que se funde un Manicomio judicial». Pero disueltas al poco tiempo las Cortes, el Congreso de los Diputados no llegó á tratar de este asunto, que tampoco se ha reproducido en las siguientes legislaturas; quedando, por tanto archivado en las Cortes el proyecto de Manicomios judiciales.

III

Los resultados alcanzados en España con la legislación expuesta, nade tienen en verdad de satisfactorios, porque ni se ha logrado trasladar á los locos seudo-criminales, con la prontitud debida á los Manicomios ordinarios, que son los únicos que existen, ni dicho sistema es el preferido por la ciencia, y adoptado en las naciones que van á la vanguardia de la civilización y del progreso humano.

Es principio inconcuso que la permanencia de los locos en las cárceles resulta por todo extremo funesto, porque el régimen á que los presos se hallan sometidos, el ruído, la excitación, las comidas, el trabajo, los paseos y demás influencias propias de tales establecimientos, agravan la situación de dichos enfermos, impiden el tratamiento conveniente y facilitan las agresiones y las fugas.

En no pocos casos, los locos han permanecido en las prisiones por largo plazo, disminuyendo así cada día las probabilidades de su curación, poniendo en peligro la vida y la seguridad de ellos y las de los demás presos, y haciendo imposible la observación de los dudosos, con tanta frecuencia necesarios. Sirva de ejemplo lo ecurrido en la Prisión celular de Madrid, donde en el año de 1893 se observaron 19 locos, que ni pudieron ser observados ni tratados como correspondía, y donde en Abril del año corriente existían siete rematados, á disposición del Gobernador civil: uno encausado por lesiones, y cuyo proceso se sobreseyó en 2 de Enero de 1895, ó sea, siete años antes; otro por atentado y lesiones, absuelto por locura, hacía cinco años y medio; otro por desacato, exento de responsabilidad cinco años antes, y los restantes declarados locos cuatro, tres, dos y un año antes, sin que se les condujera al establecimiento especial que les correspondía.

Gestiones afortunadas lograron, que seis de dichos locos seudo-criminales fueran trasladados al Manicomio de Ciempozuelos en 30 de Abril de este año; pero en 13 de Octubre se hallaban tres en la enfermería del Establecimiento, de los cuales uno ingresó en la misma el 3 de Octubre de 1900, otro en 25 de Marzo de 1801 y el tercero en 15 de Mayo de 1902. El 8 de Noviembre último se suicidó uno de éstos arrojándose al hueco de una escalera.

Además, la Diputación provincial de Santander no se prestaba á hacerse cargo de cinco locos seudo-crimiuales, y suprimida la Penitenciaría-Hospital del Puerto de Santa María, estaban sin destinar dos desgraciados, uno de Chinchilla y otro de Tarragona, porque el Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, único que el Estado posee, no admite, por lo general, esta clase de locos.

Por otra parte, en Cáceres se hallaban hacinados tres ó cuatro locos en cada celda del departamento nosocomial del Hospital, y hay motivos fundados para presumir que hechos análogos á los expuestos se realizan en otras cárceles, manicomios y hospitales del reino.

Resulta, por tanto, que el Real Decreto de 1.° de Septiembre de 1897, inspirado en los más rectos y nobles propósitos, y con preceptos terminantes y precisos, no ha producido los resultados que se propuso el Ministro que le firmó, en beneficio de los locos, de la sociedad y de la recta administración de justicia.

Veamos ya si el sistema de trasladar á los locos seudo-criminales á los Manicomios ordinarios, que es el vigente en España, puede aceptarse en la época presente, tratándose de un asunto que ha sido estudiado con profundidad por mentalistas, psicólogos y jurisconsultos en periódicos y obras y Congresos Internacionales, y de una enfermedad que va en aumento en todos los países, citándose, por ejemplo, á Inglaterra, que en 1859 contaba 18 locos por cada 10.000 habitantes, mientras que en 1902 dicha proporción se había elevado á 33.

El último Congreso Internacional de Antropología Criminal, celebrado en Amsterdan del 9 al 14 de Septiembre de 1901, recibió los siguientes trabajos sobre esta materia: «¿Cuál es la mejor manera de colocar los criminales enagenados?», por el Dr. Näecke, Médico del Asils de Enagenados de Uberturburg, cerca de Leipzig; «Sobre la asistencia de los criminales enagenados», por el Dr. Meijer, Médico jefe del Asilo de enagenados de Deventer; «Sobre la necesidad de separar los criminales enagenados de los Asilos comunes», por el Dr. José Antonini, Director del Asilo de enagenados de Voghera; «¿Qué medidas deben tomarse con los criminales que el perito declare locos; pero cuyo crimen no se considere bastante peligroso para internarles en un Asilo de enagenados?», por el Dr. Henrit et Th. Dedichen, de Noruega. Y en este mismo año de 1902, el mencionado Dr. Näecke ha publicado en alemán un folleto de 57 páginas, con el siguiente título: «La reclusión de los locos criminales».

Los procedimientos planteados ó discutidos para el destino y tratamiento de los locos seudo-criminales, son: los Asilos especiales, llamados Manicomios judiciales, los pabellones anejos á las Prisiones; los manicomios comunes, con ó sin departamentos especiales para los seudo criminales; las Enfermerías penitenciarias ó Prisiones de Inválidos, en donde se pudieran recibir, no sólo los enfermos crónicos, sino también los criminales enagenados, y las Colonias Penitenciarias para los poco peligrosos. Trataremos de los más admitidos.

Los Manicomios especiales para locos seudo-criminales, llamados

Manicomios judiciales, han sido, durante algún tiempo, como la última palabra de la ciencia, y en los Congresos Internacionales de Medicina legal, de Psiquiatría y de Antropología Criminal, se han adoptado por unanimidad, considerándolos absolutamente necesarios.

Inspirado en tales ideas, decía el Sr. Alonso Martínez en su preámbulo al proyecto de ley de Manicomios Judiciales, presentado al Senado en 1888:

«La reforma llega á nosotros con la sanción de las naciones más »adelantadas y con la aprobación unánime de los hombres de ciencia »y de gobierno; tiende á un fin importante de la vida social y lo rea»liza humanamente: no contradice ninguna opinión ni ningún senti»miento respetable.»

Los Manicomios judiciales en que ha podido adquirirse la experiencia suficiente para valorar la importancia científica y social de la institución, son: los tres de Inglaterra, Dunclrum, fundado en 1850; Auburn, en 1859, y Broadmoor, en 1863; los tres de Italia, Reggio, Monteluppo y Aversa, y cuatro en la América del Norte, entre los cuales figuran en primer término, por su importancia, el gran Matteawan y el nuevo de Dannemora.

Dichas naciones son las que han defendido principalmente los Manicomios judiciales, fundándose en que los locos seudo-criminales, y, sobre todo, los agresivos, no puedan vivir en los Manicomios comunes, por los graves daños que pueden irrogar á los demás acogidos, por su tendencia á la fuga, porque exigen medios especiales de represión y de tratamiento, de que no se dispone generalmento en los establecimientos donde se recibe toda clase de locos, y porque la seguridad social puede encontrarse sin tales medios gravemente comprometida.

Los alienistas, en general, han defendido con entusiasmo los manicomios judiciales; en el Congreso Internacional de Medicina Legal, celebrado en Agosto de 1898 en Bruselas, se adoptó por unanimidad el principio de *Creación de Asilos especiales para enagenados criminales*, y en Francia, el Consejo Superior de la Asistencia pública se ha decidido, en 1901, por la creación de tales manicomios, que, además de su principal finalidad, se han considerado como establecimientos intermedios entre la cárcel y el manicomio, en que pueden hacerse las observaciones conducentes en los estados dudosos ó intermedios entre la razón cabal y la locura confirmada.

La mayoría de las naciones, y entre ellas Alemania, Austria, Bélgica, Suiza, Dinamarca, Noruega y Suecia, no los poseen actualmente; y autoridad tan respetable como Meiyer, dice, refiriéndose à los

grandes manicomios judiciales, Broadmoor, Monteluppo y Matteawam, que sus resultados son *desastrosos*, porque no es posible vigilar y reducir á tantos criminales de instintos perversos, porque son costosísimos, así por el mayor número de empleados que exigen como por las condiciones que éstos han de reunir y sus mayores sueldos, porque tal ambiente de excitación y de perversidad es perjudicial para los fines terapéuticos, y porque los psiquiatras que los dirigen llegan ya á pronunciarse en contra de la institución. El mismo Allison, que los ha defendido, conviene, por la experiencia adquirida en el gran Matteawam, en que los locos seudo-criminales son mucho más repulsivos que los locos ordinarios, en que la mayor parte tienen ideas de homicidio ó de desesperación, son criminales por hábito, muy difíciles de tratar, y los médicos y los dependientes reconocen los grandes inconvenientes que encuentran en ellos para un servicio regular y ordenado.

Hay que reconocer, por tanto, que no existe en la actualidad una opinión unánime sobre la necesidad ó conveniencia de los manicomios judiciales, puesto que mientras unos los defienden con tesón y convicción profunda, no faltan verdaderas autoridades en la materia que los combaten por considerarlos perjudiciales.

Pero en este trascendental asunto, como en la mayoría de los que son objeto de la inteligencia humana, no es posible establecer proposiciones absolutas sin exponerse á caer en lamentables errores. Intervienen en este problema, como factores importantísimos, el censo de población del país, el número de locos seudo-criminales que produzca y su carácter étnico ó de raza.

Los manicomios judiciales serán quizá inecesarios en las naciones pequeñas, en las que no producen gran número de locos peligrosos, y en los enajenados de carácter pacífico, teniendo en cuenta que son costosos, exigen empleados de ciertas condiciones, y ofrecen ineonvenientes para la terapéutica en no pequeño número de casos.

Los manicomios judiciales no deben encerrar gran número de locos, pudiéndose señalar el de 400 como término medio, y 600 como máximum; se descargarán de los incurables y de los pacíficos, como paralíticos generales, dementes, viejos é idiotas, enviándolos á los manicomios comunes, y podrán recibir á los locos peligrosos que no hayan sido objeto de procedimientos judiciales.

En España, dado el número de locos seudo-criminales que existe, y nuestras condiciones étnicas, así como la necesidad de acudir á otras necesidades más perentorias en este orden de servicios, no consideramos los manicomios judiciales como de necesidad preferente. Podrá, á lo sumo, estimarse como conveniente la creación de uno *central*, que

llenara todas las exigencias de la práctica y de la justicia, y pusiera remedio á las fugas, los atentados y los desórdenes que ocasionan los locos peligrosos; pero advirtiendo que no han dejado de exagerarse tales temores, y que no existen estadísticas que los acrediten, cuando parece que no sería difícil formarlas con la experiencia adquirida en los Manicomios comunes de todos los países.

Otro sistema, discutido y practicado para la seguridad y tratamiento de los locos seudo-criminales, es el de los *manicomios anejos á las prisiones*; habiéndose establecido el primero en Perth, en 1865, y el segundo en Waldeim, en 1876. Al mismo sistema pertenece el cuartel para locos seudo-criminales anejo á la cárcel de Moabit, en Berlín, en que se propone satisfacer las tres indicaciones siguientes: Observación de los locos dudosos ó sospechosos y de los procesados; tratamiento de los enajenados curables, y reunión en un local especial de los detenidos que se hallen en tal situación, que, sin ser declarados locos por los médicos, se acomodan difícilmente á la disciplina de las prisiones, y son origen continuo de desórdenes y de crímenes. Condiciones análogas ó iguales llenan el de Breslau, Halle, Münster y Colonia, y el que teníamos los españoles en la Penitenciaria del Puerto de Santa María, suprimido hace poco.

Los manicomios anejos á las prisiones ofrecen, en primer término, la trascendental ventaja de que el loco sea trasladado inmediatamente al medio apropiado para su curación y observación, lo cual hace desaparecer el gran inconveniente de la traslación á los Manicomios comunes, por la carencia de un procedimiento expedito para ello, y evita que los locos permanezcan largo tiempo ó indefinidamente en las Prisiones, donde falta toda clase de recursos para su tratamiento, corren verdaderos riesgos los demás presos y no pueden llenarse los fines sociales á que se aspira. Además, con dicho sistema pueden los Médicos rectificar fácilmente sus diagnósticos, devolviendo á la Prisión los sospechosos que no resultan locos; el sostenimiento de estos anejos es menos costoso, y el órden y la regularidad de los servicios han de ser más fáciles con la unformidad de dirección y de aclimatación, y como consecuencia natural del menor número de acogidos.

La adopción de los Manicomios anejos á las Prisiones, hace innecesarios los Manicomios Judiciales; las probabilidades de alivio ó curación de los locos, aumentan de una manera notable; son utilísimos, como departamentos de observación; no ofrece dificultades la vuelta á la vida ordinaria de la Prisión, ni el traslado de ciertos incurables á los Manicomios ordinarios; pueden evitar el desarrollo de esos caracteres funestos é intratables, que á veces es el resultado de los castigos

disciplinarios de las Cárceles, á las que desembarazan de elementos peligrosos; y como ya se ha indicado anteriormente, su sostenimiento es mucho menos costoso.

Han dado los más satifactorios resultados en el imperio alemán.

No deberán construirse sino en las grandes Cárceles; el número de plazas será de 50 á 150, y no más, con separación de hombres y mujeres; y se utilizarán las celdas, las enfermerías, los jardines y los cultivos, según los casos, sin desatender la seguridad, que ha de ser su primera condición.

Serán Manicomios pequeños; el Médico encargado de la asistencia de los enagenados, tendrá los conocimientos necesarios de psiquiatria y la precisa autonomía para el desempeño de su cometido; habrá alguna mayor severidad que en los Manicomios ordinarios; y los peligrosos permanecerán en el establecimiento, por lo menos hasta el término de la pena que les correspondería por el hecho posible realizado, no devolviéndoles á la Prisión para que no reincidan con el régimen de ésta.

Los locos inofensivos se trasladarán á los Manicomios ordinarios, en los cuales se distribuirán convenientemente, á fin de no reunir gran número en un mismo establecimiento.

El Médico ordinario de las Cárceles, adornado también de los conocimientos precisos en patología mental, deberá reconocer y observar á los presos que presenten estigmas de degeneración, para suavizar en ellos el régimen de las Prisiones, con el fin de evitar la perturbación mental, especialmente en los epilépticos.

En España podrían fundarse desde luego dichos anejos en cuatro Cárceles de las más importantes, y su capacidad sería la suficiente para cien acogidos aumentándose el número según las necesidades de la práctica.

El tercer medio de tratar los locos seudo-criminales, es el de destinarlos á los Manicomios comunes, ya confundiéndolos con los demás enagenados, ya colocándolos en pabellones especiales, que para tales fines se tienen preparados. Así se hace, por ejemplo, en Bicêtre, Bedlam, Dalldorf, Hertzberge, Neu-Ruppin, Arbeitsanstalt, y otros de diversas naciones. Los resultados de tal sistema han sido poco lisonjeros por reunirse elementos muy heterogéneos, ser difícil el tratamiento de los peligrosos, hallarse comprometida la seguridad de todos, y resultar poco expeditivo el traslado desde los establecimientos penitenciarios á los Manicomios ordinarios. En Dalldorf ha sido triste la experiencia, y en Bergamo y Noghera, según el Dr. Antonini, Mé-

dico del último Manicomio, se ha probado la necesidad de la separación entre los enagenados comunes y los seudo-criminales.

En España se reparten los locos-seudo-criminales entre todos los Manicomios, no habiendo ninguno especial destinado á tal fin.

Las Enfermerías penitenciarias, ó Prisiones de inválidos, pueden tener aplicación en determinados casos, y las Colonias penitenciarias, con la base de los trabajos al aire libre, se han recomendado para los locos seudo-criminales poco peligrosos, cuyas facultades intelectuales se hallan poco desarrolladas ó se han debilitado, como algunos imbéciles, dementes, enagenados periódicos y alcohólicos.

Conocidos y valorados los diferentes procedimientos que se han recomendado y practicado para la seguridad, observación y tratamiento de los locos seudo-criminales, despréndese, ante todo, que el sistema vigente en España, colocándoles en los manicomios ordinarios y confudiéndoles con la generalidad de los locos, es el más defectuoso, y tiene, además, el grave inconveniente de ser dilatorio, puesto que si en algunas provincias como Barcelona, Valencia, Zaragoza y Sevilla, por ejemplo, pueden ingresar con relativa facilidad en sus manicomios, otras no cuentan con tales establecimientos como sucede con la Diputación provincial de Madrid, que utiliza los manicomios particulares de San Baudilio de Llobregat y de Ciempozuelos, y otras alberga sus locos en las dependencias de los Hospitales provinciales de tan desfavorables condiciones como el Hospital de Cáceres.

Y dadas las actuales condiciones económicas de nuestro país, el número de locos seudo-criminales, las formas de la locura más frecuente en ellos y nuestro carácter antropológico, los pabellones para manicomios anejos á las prisiones, serían los más útiles y convenientes, porque además de ser en principio los preferibles, podrían construirse con más facilidad saliendo así del estado precario en que, respecto á tal asunto nos hallamos sumidos.

La Cárcel Celular de Madrid debería ser el principio de la reforma, que comprendería también á Valencia, Barcelona, Coruña ú otra localidad apropiada del Noroeste, y Sevilla ó Granada para la comarca del Mediodía.

Ese sistema debería extenderse al mayor número de cárceles que fuera posible y se estimara necesario; dividiendo los gastos de construcción en dos ó más presupuestos, y agrupándose las Diputaciones provinciales y los Ayuntamientos en forma análoga á lo que se hizo cuando se levantó la Cárcel Celular de Madrid.

Los pabellones-manicomios deberían descargarse de los locos que perdieran la condición de peligrosos por los progresos de su dolencia,

tomando el carácter de inofensivos; los cuales deberían ser trasladados á los manicomios.

Podríamos sintetizar nuestra opinión sobre el destino de los locos criminales manifestando: que los manicomios judiciales puedan ser de verdadera utilidad en países de gran población, que cuentan gran número de locos peligrosos; que los pabellones-manicomios son siempre necesarios y pueden ser suficientes en naciones pequeñas, ó en que no sean muy numerosos los locos agresivos y de feroces inclinaciones; que los Manicomios ordinarios con un departamento especial para los locos seudo-criminales, podrán llenar los fines que se persiguen, á falta del segundo medio; y que las Colonias penitenciarias servirán de complemento al sistema general, y tendrán su aplicación en los locos seudo criminales poco peligrosos, autores de hechos menos graves y en que la reclusión pueda obrar en sentido desfavorable para los pacientes, garantizando, en todo caso los intereses sociales y especialmente la seguridad personal.

Como resumen de cuanto hemos manifestado en este modesto trabajo, consignaremos las siguientes

CONCLUSIONES

1.ª Deben comprenderse entre los locos seudo-criminales (de *pseuda*, falso) los que realicen en estado de locura hechos ú omisiones penados en los Códigos, y los que adquieren su trastorno mental en el curso de un proceso criminal, después de dictada sentencia condenatoria.

2.ª El número de locos seudo-criminales en España durante el último quinquenio ha sido el de 472, ó sea 94 al año, correspondiendo uno á cada 192.441 habitantes.

3.ª La provincia que ha dado más locos de esta clase ha sido la de Vizcaya, cuya proporción fué de uno por cada 9.442 habitantes. Siguen, en orden de mayor á menor, Barcelona, Coruña y Zaragoza, y no han ofrecido ninguno Soria, Gerona, Palma, Toledo, Málaga y Murcia.

4.ª Las edades de veinte á cuarenta años son las que han dado el mayor número de locos seudo-criminales; la edad mínima, doce años, y la máxima, ochenta y cinco.

5.ª Los jornaleros y los labradores han suministrado la mitad de los locos seudo-criminales en proporción casi igual, no hallándose comprendido ningún médico en la estadística mencionada.

6.ª Los hechos realizados corresponden principalmente á los delitos de lesiones, homicidios y parricidios, disparos de arma de fuego, amenazas, atentados, incendios y daños.

7.ª Las formas de locura más frecuente han sido: la imbecilidad, la sistematizada de forma persecutoria, la manía y la epiléptica.

8.ª Una cuarta parte próximamente de locos seudo-criminales fué entregada á la familia, por tratarse de *delitos menos graves*.

9.ª San Baudilio del Llobregat, Zaragoza, Valencia y Valladolid fueron los manicomios donde ingresó el mayor número.

10. La legislación vigente en España sobre los locos seudo-criminales se reduce à los artículos 8.º y 101 del Código penal; arts. 381, 382, 383, 992, 991, 993 y 994 de la ley de Enjuiciamiento criminal y Real decreto de 1.º de Septiembre de 1897; en virtud de cuyas disposiciones son colocados dichos locos en los manicomios ordinarios, con excepción de los que se entregan á las familias, siempre que estas den la suficiente fianza de custodia.

11. Dicho sistema resulta defectuoso y dilatorio; no llena cual corresponde los fines sociales, judiciales y médicos de la institución, y algunos de los locos seudo-criminales han permanecido en la cárcel durante plazos largos, que han llegado en algún caso á siete años.

12. En la actualidad no se hallan conformes las opiniones respecto á la utilidad y preferencia que merezcan los manicomios judiciales, pues mientras que autoridades notorias los defienden y recomiendan con entusiasmo, otras los consideran como *perjudiciales*; fundándose éstas en que tales institutos resultan muy costosos, no es posible en ellos vigilar y reducir á tantos locos de instintos perversos, su ambiente de excitación y maldad es nocivo para todos, es muy difícil el servicio regular y ordenado, y tampoco puede empezarse en ellos la observación y el tratamiento con la prontitud conveniente.

Se consideran *innecesarios* en las naciones pequeñas, cuando se producen gran número de locos peligrosos, y para los pacíficos.

En España no son necesarios en la actualidad.

13. Merecen la preferencia los pabellones-manicomios anejos á las prisiones, por la facilidad con que pueden ser trasladados los presuntos locos desde la cárcel al lugar apropiado para su observación y tratamiento, y devueltos á las prisiones los que no resulten enajenados; porque el tratamiento puede principiar sin pérdida de momento, lo cual aumenta notablemente las probabilidades de curación; por ser más fácil establecer orden y regularidad en los servicios; porque puede evitarse el desarrollo de ciertos caracteres feroces; por resultar menos costosos, y porque con ellos pueden ser innecesarios los manicomios judiciales.

La capacidad será lo suficiente para un número de 50 á 100 individuos, con separación de sexos.

14. En España se preferirá el sistema de pabellones-manicomios anejos á las prisiones, estableciéndose en Madrid, Valencia, Barcelona, Coruña ú otro punto para las regiones del Noroeste y Sevilla ú otra localidad para las del Mediodía.

ANTROPOLOGIA CRIMINAL

por el Doctor **ANTONIO FADON** (Mérida).

I

El hombre contiene en sí mismo un misterio insondable, un extraño fenómeno de grandeza y pequeñez. Y enmedio de su grandeza, la luz de su razón, la luz de su inteligencia sufre eclipses pasajeros ó permanentes, cayendo en el error y hundiéndose otras en el delirio.

Y mientras esto acontece en el mundo de la inteligencia, no menos observamos al penetrar en los abismos del corazón para estudiarle como ser moral.

Bueno por esencia, lleva escrito en su conciencia un código de moral que le advierte sus deberes é imprime en su corazón el más bello de los atributos: el amor.

Pero malo por accidente el hombre, la historia de las causas célebres y los anales del crimen, señalan su rebajamiento, debilidad y flaqueza.

Tal es la obra predilecta de la Creación, grande hasta el heroismo, y rebajado hasta el crimen, crimen que dejó de serlo en ocasiones para la antropología criminal, cuyos actos del hombre no se creen libres, sino motivados por el determinismo, que le priva de libertad moral y hace, no lo que quiere y desea, sino lo que desea y quiere su viciosa organización.

Graves y trascendentales cuestiones de derecho, de fisiología, de psicología, de ética y sociología, todo este problema comprende, cuya solución es harto importante. De un lado, la escuela criminalista dominante los distingue, los separa, los aprecia como actos de libérrima voluntad en el cuerdo, y por ello dignos de premio ó castigo. Por otro, la escuela positivista los confunde, no viendo en los actos del criminal otra cosa que arrastres forzosos, el fatalismo y determinismo en su ejecución.

Esta escuela, que nace en Italia á impulso de Lombroso, procla-

ma la existencia del hombre criminal nato, admitiendo más tarde el criminal de ocasión, logrando le sigan Ferri, Garófalo y otros, viéndose varios en Turin y Lyon, creyendo que el criminal no nace, sino que se forma en la sociedad por medio del ambiente que le comunica el microbio del crimen, dicen, pudiendo enmendar sus propensiones.

La confusión en este caso del crimen con la inocencia, barre las fronteras que separan el bien del mal, lo justo de lo injusto, y cierra los puertos á toda esperanza del desgraciado que sufre, y en crueles tormentos llora su infortunio, no quedando á la virtud sufrida ni siquiera el consuelo de convertir sus ojos llorosos á donde espere dulce y glorioso alivio.

Esta manera de delirar en juicio, hace que el hombre se equivoque, y apoyado en creencias filosóficas erróneas, establece principios cuyas consecuencias son harto funestas.

De ahí los diferentes sistemas para explicar la vida humana, y siendo la antropología la ciencia que estudia al hombre, de ella forman un ramo especial que llaman antropología criminal ó forense.

Y como el objeto principal de este pequeño é insignificante trabajo sea probar la existencia de la libertad moral á la vez que la falsedad del fatalismo materialista en la práctica del crimen, trataré ligerísimamente de la verdad ó falsedad que entraña este sistema dentro de la fisiología y filosofía.

Al penetrar en los secretos y abismos de la fisiología biológica, ya la explica el vitalismo y el animismo, considerándola como un principio, una entidad, una fuerza y causa de los principios vitales con tendencia á un fin, sistema que tiene por base la filosofía espiritualista. Ya el organismo, que tiene su raíz, su fondo en el materialismo, la explica por las leyes de la física y la química, supone actividad en lo materia, de la que resulta y de la organización especial de los órganos, las funciones de la vida.

Estas distintas creencias han informado el criterio de los fisiólogos al penetrar en los misterios de los misterios y arcanos que entrañan las facultades superiores del hombre.

Este no es solo alma ni solo cuerpo: estas dos substancias incompletas, llamadas á completarse por su unión, dan lugar á la personalidad humana, formando un todo natural que motiva las acciones y actos del hombre.

Perfeccionada y completada así la organización, la materia es elevada á otra categoría y condiciones, es llamada á concurrir á las grandes y maravillosas funciones de la vida.

De su armónico conjunto, de sus mútuas influencias, de su distri-

bución, y de la manera como lo están y se hallan relacionadas, así como de las modificaciones que experimentan los sistemas y órganos, han de nacer y nacen los diferentes temperamentos, y con ellos, la variedad en el sentir, inclinaciones, tendencias y deseos.

Estas influencias y manera como lo están y se realizan, prueban de consuno la validez y certeza del *consensus unus, conspiratio una*, de Hipócrates, contribuyendo á explicar la variedad en el físico y moral del hombre en sus relaciones, inclinaciones é influencias.

Pero si esta cooperación existe, si esa participación de la parte material se transparenta en la vida, una vez compenetrada del espíritu que la informa y eleva á superior categoria, y es indudable que imprime modificaciones accidentales en el ser que piensa, siente y quiere, no es menos cierto que en el órden fisiológico tiene sus límites, y que dentro de ellos, en todo caso, y siempre, álzase la voluntad potente sobre las tendencias, inclinaciones y vehementes deseos para dominarlos, vencerlos y obligarlos á servir y cumplir sus fines, quedando siempre á salvo el principio de libertad moral, que reina como soberana en las acciones libérrimas del hombre sano.

Aquellos ligerísimos conocimientos fisiológicos se robustecen con la filosófica ciencia de las ciencias, que arrastra por su derrotero á quien indagar pretende los arcanos que la naturaleza nos oculta.

Al recorrer la historia de la filosofía, el ánimo decae y apenas si puede sujetarse en la pendiente que le precipita hacia el escepticismo filosófico.

Y en medio de aquella Babel y variedad de conceptos y encontrados sistemas que la historia de la filosofía nos ofrece ¿en que actitud toca colocarse á la medicina?

Ciencia de observación, de raciocinio y de cálculo, é influenciada, como toda ciencia, por la filosofia, no puede aceptar las creencias de todos los sistemas filosóficos, sino aquello que la razón, la experiencia y la observación hagan conocer como cierto é indudable, sin olvidar el *juditium dificile* de Hipócrates, y que la medicina, en conflicto con el error, es armónica con la verdad.

Negada en la dolorosa crisis por que se hace pasar la verdad filosófica, *el principius internus agendi* de los escolásticos, el principio espiritual simple, realidad que existe dentro de nosotros, como principio de sentir, entender, juzgar, raciocinar, amar, aborrecer, de poner y no poner, según el Dr. Perales, negaba el alma espiritual admitida por la filosofía cristiana como verdad inconcusa, eterna é inmutable, ya en términos absolutos y directos, ya considerándola como un resultado, ya como la psicología celular de Hackel, como propiedad

inherente al átomo, comó alma de las pastídulas, se vieron imposibilitadas de explicar, no ya las importantes funciones anímicas, sino hasta el más simple acto vital. Y en fuerza de negar esta verdad, se hunden en su obcecación en el materialismo más inexplicable, que á nada le conduce que no sea á la duda é incertidumbre en todo.

En apoyo y prueba de la existencia del alma, mucho pudiera decir, pero sería estenderme demasiado. Manifestaré, sin embargo, con Sahó y Cortés, que la experiencia de los fisiólogos modernos no autoriza la negación del espíritu.

En el decantado materialismo no hay unidad de pensamiento entre los que desean y quieren sostenerlo, lo que prueba no estar en lo cierto, á no ser que la verdad se halle fraccionada, y el positivismo que no admite más que hechos que la fuerza inmanente de la materia determina, ni más verdades que las que las que pasan por el tamiz de la experimentación, lo cual es una hipótesis que no se apoya en la experiencia, su suprema ley, principia así contradiciéndose, cometiéndose lo que se llama petición de principio.

Nutrido de crasos errores el materialismo y positivismo, sería demasiado extenso si ocuparme hubiera de todos sus errores, por lo que me limito á lo escasamente dicho.

Citaré sin embargo la opinión de Luis en la influencia que concede á la celula cerebral en el ejercicio de las funciones anímicas.

Bajo tres aspectos, dice, se presentan las propiedades fundamentales de la célula cerebral:

1.ª La sensibilidad, en virtud de la cual el protoplasma de la célula nerviosa siente la excitación exterior y se reace enseguida, en gracia à la actividad de sus afinidades internas.

2.ª La actividad automática, esperimenta la reación espontánea del protoplasma de la célula viviente, la cual impresionada por la incitación interior, traduce de una manera espontánea los actos diversos de la sensibilidad puesta en juego.

3.ª La fosforescencia orgánica, por la que los elementos nerviosos conservan por un tiempo prolongado los estímulos de la incitación primera, como recuerdo póstumo.

El análisis de cada una de estas propiedades de la célula, asignada por Luis, evidenciaría lo insostenible de la teoría, pero la brevedad se me impone, y por ello me remito á lo que tengo manifestado en la *Andalucía médica*, periódico que se publicó en Córdoba.

Examinados ligeramente los sistemas filosóficos que equivocadamente creen sea la causa que motiva el fatalismo, fuera bastante para evidenciar la libertad moral, porque desaparecida la causa no puede

haber efecto, *sublata causa tolitur efectus*; y en tal virtud, ni nace el hombre criminal, ni se forma en la sociedad cuando la educación conveniente lo evita, ni hay ni puede haber arrastres forzosos, por virtud del determinismo orgánico.

Pero para mas robustecer la verdad qne sustento, y evitar sea confundida la espontaneidad de acción con otros atributos del hombre, he de ocuparme algo, poquísimo, del modo que tuvo Mata de pensar sobre esta cuestión.

Considerando las razones ó sofismas espuestos para negar la libertad moral, he de reducirlos: á que la voluntad no es absoluta, á que es múltiple, á que es solicitada por instintos, sentimientos y pasiones, á que la motiva un proceso orgánico que causa arrastres forzosos, y á que el libre albedrío es una ilusión, siendo sustituído por la volición, que ocasiona un proceso cerebral, producto de integración y correlación de fuerzas naturales.

Que la voluntad no es absoluta, nada hay más cierto. La voluntad tiende necesariamente al bien general; en ello no es libre; no puede dejar de amarlo; pero no es menos cierto que es libre en cuanto se refiere al bien particular finito, concreto, con libertad de contradicción y de especificación.

Para Mata la libertad es un hecho incontestable, el hecho más autonómico; es una fuerza, pero la cree múltiple. Además de todas esas formas de voluntades, dice, que llevan el dictado de instintos, hay otras que se llaman sentimientos. Todo ese conjunto de voluntad forman la voluntad. En otros tratados, Mata distingue los sentimientos de la facultad del alma que llama voluntad, y todas las escuelas consideran á los instintos y sentimientos, como estímulos que la excitan á solicitar, no como la voluntad misma; sobraría este nombre.

Los instintos obedecen á una ley de la naturaleza viviente, extensiva para algunos á los vejetales, que pueden ponerse en práctica y ejercicio sin el concurso de la inteligencia, mientras que la efectividad no existe sin el convencimiento previo de la cosa apetecida: *Nihil volitum quis preconitur.*

Los instintos y los sentimientos pueden despertar y poner en acción á la voluntad; pero esto no es la voluntad.

Y mientras Mata la considera, cual dejo expresado, otros como el Sr. Galceran, admite tantas voluntades, cuantas son las corrientes sensitivas externas, sensoriales, necesidades, emociones, sentimientos y pasiones que al cerebro llegan, resultando de ello, que el materialismo español, ni siquiera tiene concierto y armonía.

El hombre, ha dicho en *El Siglo médico*, D. Higinio del Campo,

no puede moverse con entera libertad en su reducida circunferencia, porque se encuentra impulsado por una tempestad de fuerzas contrarias que paralizan su acción, y le obligan un camino en contradicción á su apetito; á quien contestó en el mismo periódico el Sr. Castelví, catedrático que fué en Gerona. En toda acción humana se reconoce por todos los filósofos moralistas tres elementos constitutivos, que son: motivo, que es lo que excita la voluntad á obrar; fin, que es lo que se propone la voluntad obrando; intención, la misma determinación de obrar, después de haber escogido entre los varios motivos y fines de la acción. Si la voluntad no fuera solicitada por motivos, no tendría que elegir, sería una facultad en potencia, no en acto.

Nada hay que más tiránica influencia ejerza en la vida, que el instinto de conservación, y sin embargo, arrobada en éxtasis de amor hacia Dios, decía una escritora española insigne, cuya ciencia, virtud y santidad, España entera aprecia, ama, respeta y venera. Y no solo éxtasis de amor y santidad, sino también el suicidio, hoy por desgracia tan frecuente, acto por el cual en plena conciencia, en vertiginoso momento, el hombre pone término á su vida, obra la más perfecta y acabada de la naturaleza viviente.

Como el instinto de conservación, paga igualmente tributo al libre albedrío, el de propagación de la especie. En páginas gloriosas la historia describe el acto heroico de Guzmán el Bueno, y ofrece á las espartanas llorando de alegría sobre el cadáver de sus hijos muertos por la patria y en defensa de sus santas leyes. ¿Que se han hecho en este caso el ciego e irresistible instinto de conservación y propagación de la especie?

El proceso orgánico, que dicen motiva el determinismo de la liber tad moral y de los actos irresistibles á que el hombre puede entregarse, producto de correlación é integración de fuerzas, viene á coincidir con lo manifestado par otros, presentado por formas más materiales y más conforme con el positivismo.

La libertad moral bajo este concepto, no es autonómica é independiente y desaparece sustituida por la volición, resultado de correlación é integración de fuerzas, que se desenvuelven en virtud de la mecánica molecular; causa de la contínua redistribución de la materia, cambio y trasformaciones que dan lugar al movimiento que es la fuerza. Y todas estas operaciones ¿se han sometido à la experimentación?

Con la integración orgánica, en la síntesis verdadera, ha dicho Nieto y Serrano, concurre algo extracientífico, sin ella... ¡que queda! Queda una organización sin vida, de admirable y bellísima combinación; pero fría, silenciosa, inerte, yerta, à quien falta lo extracien-

tífico del gran autor citado, que ponga en acción ese organismo tan bello y armónico que le anima y dá vida, acción que falta á pesar de la integración de fuerzas naturales, á pesar del determinismo orgánico.

A la negativa de Ferri de la libertad moral al tratar del fundamento de la pena, opone el Sr. Sahó y Cortés que el proceso obligado de toda acción consciente ó voluntaria, que cita dicho Ferri, aparece tan solo actuando la fuerza externa, y para nada interviene como factor la facultad moral, cuya fuerza se desconoce y rechaza, convirtiendo en primera premisa el argumento, que debiera ser coronación y remate del mismo. Precisamente, continúa, lo que afirman cuantos se oponen á la doctrina determinista, es la existencia de una fuerza interna, que puede pasar y pasa á convertirse en fuerza viva mediante la acción del motivo, que solicita la de los actos voluntarios, auxiliados por la inteligencia. Y como quiera que esa facultad existe y la conocemos por medio de la observación interna, rindiendo fervientemente culto á esta facultad, cuya opinión del Sr. Sahó y Cortés viene á corroborar lo que dejo expuesto por el Sr. Nieto y Serrano, y á cuantas razones que he manifestado y más que omito.

Pero no es esto solo.

Un verdadero «nudo gordiano», dice D. José María Alvarez Taladrix, en el prólogo que pone á la obra del Sr. Sahó y Cortés, que llama la «Crisis del derecho penal», dice ser esta cuestión de la libertad moral.

¿Cómo concebirse, se espresa, la voluntad humana con la preesciencia divina?

Si somos libres, nuestras acciones no pueden ser previstas, dice; si Dios prevé nuestras acciones, no somos libres y todas las interminables y bizantinas logomaquias de la escuela providencialista, con el ilustre Bosquet á la cabeza, no han roto el dilema anterior, que es un verdadero nudo gordiano.

Lo será para quien no tenga la fé necesaria. S. M. Divina no tiene memoria, porque todo lo tiene presente; lo pasado como lo porvenir, y al tenerlo presente, vé lo que ha de suceder, lo sabe y lo conoce. Pero no sucede porque Dios lo vé, sino que Dios lo ve, porque ha de suceder, variando ó no variando. De modo, que lo afirmado por el Sr. Alvarez Taladrix, estriba en una inversión de la preesciencia divina.

El fatalismo, por tanto, y el determinismo materialista son sistemas erróneos, existiendo como existe la libertad moral. Sin ella holgaría la ley moral.

Prueban su existencia.

Hay hechos, hay grandes desgracias y grandes infortunios, que motivan grandes resonancias y grandes impresiones á la humanidad compasiva, que llora con el que llora, y sufre con el que sufre el dolor y la amargura, que demuestran la existencia de la ley moral, que Dios depositó en el corazón del hombre desde el primer instante de latir.

Y cuando las grandes y terribles desgracias son el resultado de hechos criminosos, no solo afectan á quien los conocen, sino tambiên al agente mismo, á quienes asalta el remordimiento, el dolor y la pena, porque el grito de la conciencia, dice Chateaubriand, empieza á roer la conciencia del perverso antes de devorar su corazón, y existe según Varela de Montes, un juicio interior, que juzga al hombre con anterioridad á otro juicio infalible, y porque añadiré, la pena, el tormento y la aflicción por las malas obras siempre, y en todo caso afectan la fibra más recóndita del corazón, por avezado que se halle en los vicios.

Y si esto prueba la existencia de la ley moral que encuentra en cada pecho un templo y en cada corazón un altar, prueba hasta la saciedad, á la vez, que existe la libertad moral en la ejecución de todo acto deliberado; sin ella ¿cómo pudiera hacerse el sujeto responsable de sus actos?

Libre el hombre con libertad de indiferencia, y existiendo una ley moral pauta y guía de sus deberes, las leyes todas le hacen responsable de sus actos libérrimamente ejecutados. Nada más justo y nada más conforme á los eternos principios de dignidad y justicia.

El hombre, sin embargo de ser la obra más perfecta y acabada de la naturaleza, Dios le sugetó á todas las condiciones de la criminalidad con sus instintos, inclinaciones y tendencias, contiene aguijón que le estimula á su satisfacción, con la seductora atracción de sentir placer siguiéndolas y dolor extraviándolas, impulsándole á veces hasta hundirle en los abismos del crimen.

Compuesto el hombre de dos sustancias incompletas, llamadas á completarse por su unión, no puede sustraerse á su reciproca influencia. El hombre, ha dicho Bossuet, no es un simple intrumento, es un bajel que el alma gobierna á manera de piloto. El alma y el cuerpo forman un estudio natural, con necesaria comunicación entre sí. Por esto se halla en todas las operaciones algo de alma y algo de cuerpo, de modo que para conocerse uno á sí mismo, necesita saber lo que á cada parte corresponde y observar como dos substancias de diferente naturaleza se ayudan mútuamente.

Pero, si bien es cierta esta influencia y estímulo de la parte material, guardémonos muy mucho de concederle importancia decisiva,

una infuencia tiránica, que pueda en estado sano subyugar el poder de la voluntad.

Por el contrario, dice Guislain, el gran misterio del hombre es la gran potencia de su alma y la luz de la inteligencia, la que ve sin ojos y oye sin oidos; la que dice, yo soy, yo siento, yo quiero, yo pienso... y hace superior el espíritu á la materia, libre y con poder bastante á resistir las inclinaciones de la carne, con facilidad unas veces, con esfuerzo otras, y poniendo en contribución sus recursos, sabe en todo caso vencer y triunfar cuando á ello se propone.

Débil sin embargo, sucumbe en ocasiones, descendiendo de su dignidad, para hacerse esclavo de pasiones y vicios, incurriendo en responsabilidad, que la ley civil ó positiva, si se incurre en delito ó falta, puede castigar.

Delito ó falta, según el Código penal, son las acciones ú omisiones penadas por la ley, que resultan siempre voluntarias, á no ser que conste lo contrario.

Según el Código de 1882, delito es el que libre y voluntariamente y con malicia hace ú omite lo que la ley prohibe ó manda bajo alguna pena. Según el utilitario Betant lo define: todo acto ú omisión del que resulta más mal que bien.

La voluntariedad de acción ú omisión cuenta como principal elemento la libertad moral, sin esta la acción ejecutada forzozamente carece de condición de delito. La acción voluntaria ha de ser además inteligente para poderse apreciar y distinguir lo lícito de lo ilícito. Según Pacheco, acto voluntario vale tanto como libre, inteligente, intencional.

Del pecado, del delito, del crimen, no debe entender el médico, dice el Sr. Giné y Partagás, recientemente perdido para la Ciencia, sino el moralista y el legislador.

Si al médico no le incumbe, mas aun, al frenópata que fué el muy distinguido citado señor, entender en estos asunto á la manera que lo hace como higienista, por ser el Código moral un código de higiene, no debe serle del todo estraño, los asuntos que hagan relación á las faltas en el quebranto de las leyes higiénicas y morales. Así que creo que el médico puede y debe intervenir, siquiera sea en la génesis del delito y en su evitación y remedio.

La génesis del delito para Lombroso consiste en los estímulos de los instintos, pasiones é inclinaciones, sin libertad moral en el hombre capaz de sujetarlos y dominarlos, sometiéndolo todo á los eternos principios de seguridad y justicia y á la santa y sublime caridad.

Si ya el delito se aumenta y adquiere grandes proporciones, á pe-

sar de la oposición de la voluntad y el grito de la conciencia, según lo manifestado por el fiscal del Tribunal Supremo en su memoria leída en la última apertura de los Tribunales, ¿qué sería que pudiera suceder, si con la máscara de la hipocresía, si con la protesta de imposibilidad de dominar pasiones é inclinaciones, según la doctrina del determinismo, cuanto más en número serían los crímenes, malas pasiones y perversas voluntades? Desgraciada sociedad entonces que á los quebrantos, los dolores, los sufrimientos é infortunios condenados á padecer en la vida se agregase la falta de libertad moral, capaz de resistir las tendencias é inclinaciones malévolas.

Los estímulos que dan lugar á la génesis del delito en el hombre, arrancan de la animalidad y sensibilidad, ó de lo ideal ó espiritual. Pertenecen á los primeros la sensibilidad física é instintos que, despertando la acción de conocer, inclinan con más ó menos vehemencia hacia el objeto apetecido, y á la segunda la sensibllidad moral, con todos los sentimientos que el alma guarda, cuidadosa entre sus pliegues, y las ideas que germinan en la inteligencia.

La inclinación tiene su lenguaje mudo, pero elocuente en el deseo. El deseo no satisfecho aumenta la inquietud, y la inclinación vehemente de poseer lo deseado, puede llegar á producir la pasión.

En la sensibilidad efectiva conviene distinguir, dice Balmes, las inclinaciones que se ordenan á la conservación del individuo ó de la especie, y las que tienen un objeto diverso. A las primeras se llaman apetitos y á las segundas sentimientos. Menos extensivos y manifiestos que los instintos, existen, sin embargo, y por su naturaleza son innatos, y cada hombre siente en lo más recóndito de su corazón una cosa indefinible que le avisa, y hace conocer y distinguir el bien del mal, lo justo de lo injusto, ideas, nociones, aspiraciones y sentimientos que la razón conoce y hace se desenvuelvan en anchurosos horizontes ante el majestuoso espectáculo de la naturaleza, que presenta la faz augusta del creador y las nociones de eterna justicia y bondad, que bien puede causar accidentales eclipses y palidecer, pero extinguirse, jamás.

Rico florón los sentimientos de la diadema que la humanidad ostenta en refulgente sien, de ellos recibe el alma el más bello de los atributos y las más sublimes inspiraciones; sin ello se marchita, permanece fría é indiferente, se apaga la llama del genio, y siendo la belleza su cualidad constitutiva, contempla extasiada la que fulgura la justicia, lo bueno y los encantos y armonía de la ley natural, de la ley eterna; nociones é ideas que pueden debilitar los vicios y pasiones, y la dirección torcida de la educación, pero no hacerlas desaparecer.

De la solicitación de los instintos y sentimientos á la voluntad, nacen las pasiones.

Semillero fecundo de grandes y levantadas acciones cuando noble y generoso es el motivo, son y pueden convertirse en graves y peligrosas y aun perversas, cuando la razón y la voluntad no son un valladar que resiste sus impulsos, dando lugar á falta ó crimen.

Esto puede evitarse; pero débil el hombre é inclinado al mal, la antropología, para coadyuvar á la evitación de la falta, debe aconsejar, no sólo el *metu continentur* de Quintiliano sino muy particular mente la educación.

La falta de educación moral que cunde y se desborda en una sociedad atea, sin creencias benéficas, que motiva la filosofía materialista fomentando el egoismo y aniquilando la caridad.

El Sr. Lacasse, dice que la sociedad tiene los criminales que merece. Es que la sociedad, hablando figuradamente, cuenta con microbios que infeccionan la vida, la dirige y conduce por lo que ve, por lo que palpa y advierte en sociedad, sin comprender el valor moral que esto tiene.

Educar en su virtud, educar al hombre y ponerle en condiciones de resistir vicios y pasiones, destruir con la enseñanza el materialismo ateo, suprimir el egoismo sustituyéndole con la caridad, y la estadística criminal disminuirá. Poner en práctica la higiene, código de moral, anulando por medio de ella las degeneraciones y estados patológicos, porque el alma para ejercer libremente sus funciones, necesita obrar sobre órganos sanos.

Llegamos ya á la parte más lamentable de este tratado.

Los criminales han sido divididos en delincuentes, locos ó semi-locos y epileptoides, comprendiendo entre ellos los locos morales.

Para Lombroso, según Sahó y Cortés, todas las categorías vienen á reducirse á una familia, los epileptoides; que divide en epilepsia larvada, epilepsia crónica y loco-moral.

Confundir estos estados que hacen relación y se confunden con la enagenación mental; imputar al desgraciado enagenado la comisión de un delito al considerarlos criminales, es una ofensa, y ofensa de lesa humanidad á la mayor de las desgracias que acaecerla puede.

La epilepsia, la grave y terrible epilepsia, ¿no es distinguida en sus manifestaciones, no es diferenciada en sus actos de los hechos del criminal? El epiléptico, en su furor inconsciente, puede cometer actos que serán crímenes, si no fueren privados de su libertad moral, que motiva la perturbación de sus facultades intelectuales y morales por su desgraciado padecimiento.

La ciencia enseña y la experiencia demuestra que en la epilepsia hay casos de locura pasajera, transitoria y alucinaciones que impulsan al hombre á obrar, privándole del conocimiento y libertad de obrar.

Hay, además, casos larvados en esta enfermedad, en los que los accesos de furor pueden reemplazar á la convulsión y ser instantáneos y pasajeros.

El furor en esta grave enfermedad es lo más frecuente sobrevenga después del acceso convulsivo, siempre ciego, automático, y que nada puede subyugarlo, dice Esquirol, y la experiencia me tiene enseñado, no conservando por lo regular memoria de sus actos.

La locura moral de Vichart, razonable de Pinel y manía de Esquirol, es una enfermedad, y no es ni puede ser el crimen nato. El gran rasgo de la locura, según Tailor, es un cambio en el carácter; y según Esquirol y otros, los signos de la locura, ó monomanía, ó manía razonable, son en cambio, la perversión de las costumbres, del carácter y de las afecciones, ¿es esto lo que acontece á los criminales? Y no sólo es esto, sino otros muchos caracteres los distinguen. En la academia de ciencias médicas de Badajoz, hace años me ocupé de esto, y ni uno solo de mis sabios compañeros académicos, dejaron de estar conformes con la diferencia.

En esta clase se comprenden también los arrastres forzosos, que Pinel y Esquirol calificaron de locura instintiva y sin delirio llamadas más tarde locuras impulsivas.

En apoyo de esta enfermedad y en favor del delirio en ella, escribió el señor Castelví en el *Siglo Médico*, y yo leí en la citada academia de Badajoz, una memoria que trató de probar dicho delirio, á lo que asintieron los académicos. También Baillaquer se muestra favorable al delirio.

Al llevar esta cuestión á la Academia, cité dos casos por mí observados en dos señoras que sienten el vehemente é irrisistible deseo de matar la una á su hermana y la otra á su hijo recien nacido, cuyos graves y espantosos deseos pudieron evitarse. La primera de estas señoras vino á terminar sus días en el establecimiento de mi dirección, ya en estado de demencia.

También publiqué en un folleto sobre el suicidio, una sentida carta de un médico de esta provincia, afectado de locura suicida, que escribió á sus padres manifestándoles su sufrimiento con el deseo irresistible de suicidarse, que se vería en el caso de ejecutar.

Estas impulsiones delirantes están muy lejos de los impulsos á cometer actos criminales. La falta de móvil dice Francotte, es la carac-

terística esencial, el signo patognómónico de la impulsión irresistible, irresistibilidad é interés, son dos términos que se excluyen. El impulsado no comete el acto irresistible, sino cuando está bajo la influencia del acceso..... Cuando ha ejecutado el acto, experimenta alivio, y pasado el acceso la conciencia le avisa y el sugeto se arrepiente del mal ejecutado.

El criminal, por el contrario, no obedece á impulso alguno patológico, obra siempre con un fin determinado, sabe aguardar ocasión propicia y rodearse de precauciones para asegurar la impunidad.

Es, pues, como se vé, completamente diferente, como diferentes son los casos criminales, de los inocentes del desgraciado enagenado.

Hay además casos sanos como delirantes, en los que la confusión se avecina, y aun se impone, entre peritos distinguidos.

En 1864 se suscitó en Valencia una causa ruidosísima, que tuvo gran resononcia; motivada por llevar á Llobregat á una señora de la expresada ciudad, previo dictamen pericial de hallarse perturbada. Consultado á la vez el Instituto médico Valenciano, la falta de conformidad motivó varias consultas á Mata y á la Sociedad médico psicológica de París, y como el dictamen de los dos últimos fuera favorable al de los dos médicos que primero intervinieron y contrario al Instituto, dichos dos médicos; que sufrieron las consecuencias de un error científico y judicial, según la comisión citada, presidida por Bièrre de Boismon, que el Gobierno español condecoró por este servicio, aligeraron los efectos de la sentencia recaída contra ellos.

Me veo obligado á terminar por motivos de salud y exigencias del reglamento.

Diré sin embargo. que la relación que hacen los favorecedores de la antropología criminal, no tiene unidad de pensamiento en la designación de los caracteres somáticos de los criminales natos ó de ocasión, ni un fenómeno que pueda llamarse esencial.

Lo haré no obstante de dos casos, sin ocuparme de la influencia que dicen ejercer conforme á sus teorías.

El uno es: el que esto dice, vió en Badajoz y trató de cierta manera á un señor que llamaban el fraile de la cabeza gorda. Su cráneo, que creo se conserva en la Academia de ciencias médicas de la citada población, tiene las dimensiones siguientes:

Circunferencia al nivel de la prominencia occipital $\frac{15 \text{ cts.}}{0{,}68}$.

Diámetro antero-posterior.

Desde la arcada superior supra-orbitaria hasta la protuberancia occipital.. 0,35

Diámetro transversal.

Desde uno á otro conducto auditivo 0,41

Tales son las medidas del cráneo á que me refiero, facilitadas por el Director del Hospital civil de Badajoz, D. Emerio de Miquel, comisionado por el Colegio médico.

Omito toda reflexión, y paso á otra cosa.

Según la antropología criminal, solo el que tiene buena morfología, puede poseer buenos sentimientos y buenos deseos. Pues bien, acontece que el último que sufrió en esta antigua é histórica ciudad la terrible última pena, era hombre de fisonomía agradable, guapo, en lenguaje vulgar, de mediana estatura, sonrosadas las mejillas, risueño y siempre dispuesto á agradar.

Este hombre tenía una hija, la de mejor semblante de la población, siendo su madre fea en grado superlativo.

La cara, dicen, es el espejo del alma ¿cómo entonces pudo engañar el asesino de Carnot? Por su buen aspecto, buena forma é inocencia retratada en su cara de Angel, se le hacía vestir en este traje para que asistiera á las procesiones del culto.

No puedo más, y al concluir, he de manifestar que mi objeto al tratar de la antropología criminal, me ha movido á ello dos asuntos de alta importancia, que son:

Defender á los pobrecitos locos, á quienes á algunos de sus actos se le imputan y dán el nombre de criminales, siendo la inocencia personificada, por lo que se llamaron los manicomios asilos de inocentes, y olvidando que en el fuero de la conciencia la criminalidad la constituye la inmanencia del acto ó motivos que mueven á obrar con libertad de acción, de las que carecen en esas grandes desgracias y esos grandes infortunios, que acumulados se encuentran en esos sepulcros de la vida, llamados manicomios, en donde se vive la noche eterna del dolor y sufrimiento, solo susceptible de conocer y comprender viviendo con ellos y haciéndose partícipe de su dolor.

Ha sido también mi objeto, defender la verdad que entraña la existencia de la libertad moral, y probar la falsedad del materialismo positivista. No y mil veces no, para agravar la situación del desgraciado criminal, para el que suplico y ruego, no solo indulgencia, sino también caridad, y caridad hermanada con la justicia, y que hasta en la prisión se le eduque é instruya en los sanos y santos principios de moral y religión cristiana.

A CLINICAL AND PATHOLOGICAL CONTRIBUTION TO THE STUDY OF THE CEREBRAL LOCALIZATION OF SENSORY TRACT

par Mr. HERMAN H. HOPPE (Cincinnati).

The object of the present report is to throw some light upon the suject of cerebral, especially cortical localization of sensory functions.

Much good work has been done physiologically and experimentally in the last few years especially by Dejerine, Long, Probat, von Monakow and others on the functions of the Thalamus Opticus and some old ideas concerning the course of the sensory tract after leaving the Thalamus will in a measure at least have to undergo a modification.

What we will specially consider in this paper are lesions of the Thalamus, of the area supplied by the middle cerebral artery as well as cortical and sub-cortical tumors of the Rolandic region, some extensive, to see what light they can throw on the course and cortical termination of the sensory fibres.

Physiologically speaking, the subject of our study is the Thalamus Opticus and the Thalamo-Cortical Neuron, and the Cortico-Thalamic Neuron.

It has been established as an anatomical fact, by the researehes of Dejerine, Long, Probst, von Monakow, Kollicker, Bechterew, Flechsig, Schaefer that:

1. The Thalamus Opticus is connected by fibres with the entire cortex and reversely that the cortex is connected with the Thalamus Opticus. Thus we have Thalamo-Cortical and Cortico-Thalmic Neurons.

2. That all the Centripetal sensory tracts end in the Thalamus. No Centripetal sensory tract (Probst) ever passes through the Thalamus to proceed to the Cortex.

3. That the Thalamo-Cortical bundles pass through all parts of the internal capsule, on their way to the cortex. They are not massed in one bundle, like the pyramidal tract, but, in a fan shaped way they pass along with or through the fibres of the entire internal capsule. (Dejerine & Long).

4. The Thalamo-Cortical Neuron spreading out its bundles in a fan-shaped way passes to all parts of the cortex of the brain, frontal parietal, occipital and temporal lobes.

The fibres from the lateral and ventral nucleii, especially, pass to the central convolutions around the fissure of Rolando, the Gyr. Fornicatus and the posterior portions of the frontal lobes.

These observations of Probst on lower animals have been verified by Flechsig in the Foetal human brain. The physiological resultats obtained are far from being as exact as the anatomical and histological. The question involved is: what relation does the Thalamo-Cortical Neuron bear to the conduction and perception of sensory impressions, coming from skin, muscles and ligaments.

Three anatomical points are involved in this neuron (a) The Thalamus Opticus, (b) The Cortex, (c) The fibres connecting the Thalamus with the cortex and vice versa.

Wundt found that a cutting in two of the Thalamus Opticus was followed by a change in movement of the animal in such a way that if it wished to go forward in a straight line, it invariably made a circular movement.

Nothnagel in his experiments of producing small areas of destruction in the Thalamus was unable to find that any disturbance of sensation followed such lesion, he also produced bilateral lesions of the Thalamus and the animal showed no effects whatever from the lesions, all movements were normal, no paralysis, no disturbance of skin sensation.

Ferrier found that destruction of the Thalamus was followed by sensory disturbance of the opposite side of the body. He attributes only sensory functions to the Thalamus and holds that it is devoid entirely of motor functions.

Meynert says that the Thalamus is an organ for complex or combined movements, which are executed unconsciously as reflex movements, resulting from the sensory impressions brought to the Thalamus from the sensory end organs. These Thalamus perceptions are brought to the cortex by way of the Thalamo-Cortical fibres and are treasured there as memory pictures and become the means or basis of future voluntary movements. (Nothnagel agrees to this).

The only positive and constant sensory result of an injury to the Thalamus as proven by von Monakow is the Hemianopsia and this occurs as a result of a destruction of the Pulvinar.

Edinger saw intense pain in the opposite extremities in a lesion of the Thalamus. Others saw tremor.

Von Monakow thinks that a part of the reflex sensor y arc is located in the Thalamus. His idea is as follows:

The Thalamus Opticus is an important link in the central appara-

tus for the perception of impressions made upon the special senses and the skin, more especially for the skin. The fact that lesions resulting fron destructions of the Thalamus in whole or in part, aro often only temporary or even absent altogether is due to two factors.

First, that the senses including general sensations have a bilateral representation (?) and secondly. That the sensory impressions may follow vicarious routes, if those which they usually follow happen to he destroyed..

The great differences in results obtained by different experimentors physiologically may be due to a faulty technique, as Probst says, and the destructions of surrounding areas of the cerebrum.

Probst has done much careful work on the function of the Thalamus. He divides the lesions into two groups. (A) Passing. (B) Permanent. (a) Some clumsinness in the use of and placing of the opposite foreleg.

(B), (1) Circlemovement. (2) Abnormal position and holding of head. (3) Hemianopsia. Sensation on opposite side seemed at first diminished, afterward this condition was doubtful. He lays special stress upon the fact that there is never any permanent or absolute loss of sensation in dogs after Thalamus Injuries. There is no disturbance of reflexes, no loss of motor power and no Galoppe movements such as were described by Fournie.

Probst also lays great stress upon the fact that previous experiments on animals were not followed by careful anatomical serial sections of the brain and were therefore defective.

When we read however of Nothnagel and of Ferrier, who are both capable experimenters and careful observers, and whose experiments lead to exactly opposite conclusions so far as sensation is concerned we are at a loss to account for the difference except perhaps that the sensory tracts and centres are different for cats dogs and monkeys.

The reasons which Probst advances for the different results obtained may hold good for such instances where positive results were obtained, but would hardly good for negative results at least as far as sensation is concerned, such as Nothnagel obtained.

The clinical investigations in man are also contradictory as far as the Thalamus is concerned. Some writer attributes vision functions to Thalamus, other deny it flatly, somme look upon the Thalamus, as a great sensory centre, other deny it flatly, some look upon the Thalamus as a great sensory centre, others deny it just as vehemently, some deduce mot paralysis from lesion of Thalamus, others deny that they occur.

Sancerothe and Foville, Lussana and Lemoique say that the Thalamus presides over movements in the upper extremities, Cohn, Gintrac Nothnagel, Bastian hold that if lesion is strictly limited to the Thalamus, motor signs are not seen.

Todd, Carpenter, Broadhent attribute sensory functions to the Thalamus. This is denied by Vulpian and Lafforque. Long says that Thalamit lesions produce permanent Hemianaesthesia. Chrichton Brown holds that lesions of the Thalamus not ony destroy sensations but also reflex irritability for the opposite side of body. This is denied by Moeli and Lafforque.

Nothnagel says if as a result of a focal lesion we have a hemiplegia with involvement of the face and if the face muscles cannot be moved by will, but if emotionnally both sides of face are moved equally, we can say that the Thalamus and the cortical connections are intact.

Disturbance of vision after lesions of Thalamus are indefinite.

Lesions of posterior part of Thalamus are associated with rapid muscular atrophy of the hemiplegie side (Borgherini, Eisenlorh, Darkschewitsch, Quinke). Eisenlohr and von Monakow denys that this alwanys occurs.

Gross lesions of the Thalamus may lead to mistakes because of the fact that other structures may be involved as for instance in haemorrhages or tumor. The cases may present more signs and symptoms thant those due solely to a disturbed function of the Thalamus, on the other hand if such cases do or do not present signs which prove the present theory of the functions of the Thalamus, even though there be additional signs and symptoms caused by the destruction of tract whose functions we know, they may prove of physiological value. Therefore it is strange to relate that Probst himself should lay but little stress on a case in which sensory manifestations during life were negative, but the autopsy showed a destruction of both Thalamis by a tumor. The fact that this growth was very extensive is not of any importance compared to the fact that both Thalamis Optici were destroyed without producing sensory manifestations. On the other hand he publishes a case of haemorrhage limited to the Thalamus and internal capsule in which during life there was hemiplegia, hemianopsia, hemianaesthesia and nystagmus. He found in the autopsy a complete destruction of the Thalamus with secondary degeneration of the Thalamo-Cortico fibres. He attributes the Hemianaesthesie, the nystagmus and the Hemanopsia, together with the spastic condition of the muscles to the destruction of the Thalamus.

Case I. VB. F. Male, aged 70 years. Admitted Mar. 16, 1899 wiht

history of feeling bad for 2 or 3 days, complained of occipital headache. On night of March 16th while walking along street suddenly fell and became unconscious.

Examination: Complete motor paralysis of right side of face, right arm, partial motor paralysis of right leg.

Sensation: Right side pain, shows that he feels pin-stick on side of face by facial expression and also of left arm by movement of arm. Heat and cold negative.

Post-mortem 12 hours after death: Brain arteries show marked atheromatous and calcareous changes, left lateral ventricle full of clotted blood, softening and degeneration of internal capsule, lenticular and caudate nuclei and optic thalamus softened, brain diffluent, calcareous arteries plainly seen in softened mass.

While the mental condition of this patient would not allow of a careful examination of sensation in all of its qualities. Still it is positive that the perception of pain was present in the paralyzed extremities with an extensive softening which included the Thalamus Opticus.

Case II. Tumor of Brain paralysis and aphasia.

M. B. Female, aged 32 years, married. Feb. 8, 1899 admitted with history of blindness, began 8 months ago, paralysis 6 months ago. On admission semi-comatose, very stupid, talk slowly when questioned' volunteers no statements, sleeps most of time, hard to arouse when asleep, can give no accout of herself.

Examination: Right arm completely paralyzed, right leg partially so, left arm seems very weak, left leg also weak.

Sensation-pain diminished on right side, heat, cold and tact negative on account of mental condition. Died April, 7, 1899.

Post-morten 12 hours after death: Brain calvarium removed, skull opened revealed a tumor mass involving left lobe, principally probably of sarcomatous variety, very vascular, apparently began in the optic thalamus and involving posterior ventricles and almost entire left lobe of brain. Areas of softening lower surface of temporal lobe both sides, degenerative changes in the optic chiasm.

In this case of extenxive brain tumor of the left hemisphere causing destruction of the Thalamus, we find a diminution, but not complete loss of Pain Sense.

Of all the numerous cases of tumors and softening of the Thalamus on record very few show a completete hemianaesthesia, many slight diminution of sensation, but by far the majority of all cases expressly say that sensation was normal. Up to five years ago, Op-

penheim gives rather a complete digest of the sensory symptoms in published casesr and since this tere have appeared the cases of Fraenkel, Bary, Beevor, Schule, Jacobson, Luxenbourg, Bayerthal, Probst, Boost, and Courtney in which complete destruction of the Thalamus and in Jacobson's case, of both Thalami, there was absolutely no disturbance of sensation.

Schaffer's case is of great interest, in that it offers positive evidence of the function of the white connecting fibres between the Thalamus Opticus and the cortex. Gordon's observations, concerning sensory lesions in motor hemiplegia are clinical and have no pathological weight.

Shaffer holds that Hemianaesthesia is produced not only by lesions which destroy the connection between the Thalamus and cortex of the Rolandic area. He holds that we can no longer maintain Charcot's theory of a separate sensory tract, but that the fibres of the latter are mingled with those of the pyramidal tract. He bases his opinions on a very careful autopsy made upon a case which during life presented a complete hemiplegia and hemianaesthesia, a softened area was found occupying the head and tail of nucl. caudatus, anterior half and knee of internal capsule, cortex along the horizontal limb of fissure of Sylvius. There was no involvement of Thalamus, but the microscopic examination showed a degeneration of nucleus lateralis of the Thalamus. The posterior half of the internal capsule was free. He concludes that since the area destroyed by the softening is usually occupied by the piramidal tract and that clinically the symptoms were complete hemianaesthesia and hemiplegia, the sensory and motor tracts are identical.

It does not seem to me that this case proves any more than the existence of a cortico-thalamic neuron, the destruction of which may cause a permanent sensory paralysis. It does not prove that the fibres destroyed were all connected with the Rolandic area, many of the fibres detroyed may have been those which go to the parietal lobe.

Let me introduce at this point two cases of extensive subcortical tumors, of the Rolandic area.

Case III. Subcortical tumor below right arm centre, occupying centrum semiovale and nuclentriformis. No disturbance of sensation. Complete paralysis and no hemianaesthesia. The paralysis in this case was due to destruction of the internal capsule and corona radiata.

Case IV. R. G. aged 10, colored, was admitted to Cincinnati Hospital. The family and personal history were negative. There had been a gradual development of weakness and stiffness of the left arm and

leg. This had lately increased to such an extent as to interfere with the use of the left arm altogether. The left leg was stiff and rigid and was dragged during walking; he had no pains in the extremity.

Examination: gave the following: Mental condition was dull and apathetic; there was a tendency to somnolence. When aroused the mind was clear. Pupils were equal in size and reacted to light. Papilla was swollen and injected; there was choked disc. The external muscles of the eyes were normal in function. There was no defect in sensation of face or scalp, the left side of face—lower half—was paretic; the tongie protruded to the left. The left arm was rigid and spastic; the radial and triceps reflexes were increased; the muscular strength was reduced almost to a minimum; the size, the surface temperature and the sensation of arm were normal. The leg was normal ln size and temperaturel the muscles rigid and hard; the limb in condition of spasticity; the reflexes increased. There was ankle-clonus; muscular power was almost entirely lost; he was scarcely able to walk; dragged the leg; but the sensation normal. The diagnosis was spastic hemiplegia; subcortical brain tumor.

The skull over this region was trephined, and a piece ef bone about two inches in diameter was removed; the bulging of the brain and membranes was very marked, but on opening the dura the cortex of the brain was found intact. An incison was made throunh the cortex about an inch in length, but as proved later, this was not made deeply enough. No tumor being found the wound was closed. Death occurred six hours later from shock. The autopry showed a soft yellowish mass, fully the size of a hen's egg occupying the region of the nucleus lentiformis of the right side—it extended outward to within one half inch of the cortex—extending upward into the region of the ascending frontal and parietal lobes, viz., the centrum semiovale; inward and downward it entended to the internal capsule. The microscopic examination showed the growth to be a tubercle.

Case V. Tumor, cortical and subcortical of the foot centre. Jacksonian epilepsp. First seven years Jacksonian epilepsy was not followed by paresis, but only by subjective sense of numbness. Gradual development of hemiplegia. Objective sensation normal.

Case VI. J. H. was admitted to Cincinnati Hospital. He complained of numbness of the left arm and leg, followed by affected areas, lasting about half an hour. His family history was negative.

About seven years before, while ascending a ladder, his left leg suddenly became helpless, causing him to make a mis-step, and he fell a distance of fifteen feet, but as he fell on a sofa he sustained no

injury at the time. He did not lose consciousness, but immedialely felt numb in the entire left half of the body; this feeling lasted about twenty minutes. After the numbness passed away he went to work feeling no ill effects. About one month later he was seized in the same manner and the attack lasted about the same length of time.

1. Full side headache lasting about twenty minutes; 2, vomiting, the vomitus consisting principally of bile; 3, dull aching pain over the right eye; lasting from five to twenty minutes; 4, tonic spasms of left arm and left leg; 5, numbness and weakness, lasting about thirty minutes.

Examination: His cerebration was somewhat slow, and he had a slight difficulty in talking.

Optic neuritis; pupils reacted to light and accommodation; third, fourth and sixth were apparently normal; fifth, motor and sensory normal; seventh, weakness of muscles of left side of face; ninth, tongue deviates to the left side; tenth, some difficulty in breathing in morning; eleventh, on turning head to left severe pain in right occipital lobe, similar pain in left lobe on turning head to right; twelfth normal. There was some difficulty in swallowing.

Motility, muscular power and grasp apparently normal and equal. Flexion, extension and power of right leg normal. Right leg was also affected at times, but only temporarily; often had passing weakness rigidity and ankle-clonus. Unable to lift left leg from bed when extended, and when it was elevated can not flex nor extend it; resists bending somewhat, but no pain on bending. Left arm becomes exhausted easily; some inco-ordination; slightly weaker than right.

Gait.—Dragged left leg and foot; left arm hung almost motionless at side: although he had use of it; head inclined to the left side.

Sensation.—Pain, tactile, heat and cold, normal.

Reflexes.—Right and left knee exaggerated; right and left ankle-clonus marked; right and left wrist-jerk marked; right and left elbow-jerk marked.

Exploratory trephining was done.

The longitudinal sinus was obliterated by a soft semi fluid, cream color growth. Under the dura mater was a growth about the size of a goose egg, which began on the surface ahout two inches from the tip of the first frontal convolution and extended backward along the longitudinal fissure to about two inches posterior to the fissure of Rolando.

The cortical size of this growth was about three and one-half inches, and occupied the posterior half of the first and second frontal,

and ascending parietal convolution around the fissure of Rolando and backward into the gyrus angularis. It bulged into the longitudinal fissure and pressed on the median surface of the psychomotor urea of the left side.

Subcortically, it extended into the corona radiata, pressed on and destroyed portion of the lenticular nucleus and the fibres of the internal capsule. The cortex above the tumor was entirely obliterated, whereas the cortex of the lower portion of the psychonotor area and the portion of the corona radiata beneath it was intact.

The tumor was soft and fluctuating. On section it was semisolid, very soft, creamy in color and rather vascular. After being hardened it proved to be a non-infiltrating, and could be shelled out with ease. Microscopic exanination proved the tumor to be a gliosarcona.

Both of these cases are almost identical with Schaffer's case. In both we have a complete spastic hemiplegia. In both the corona radiata of the motor area was extensively destroyed, still there was no marked hemianaesthesia.

Case VII. Circumscribed Tubercular Abscess of the lower third ascending Frontal convolution left side. Diminution of Pain Sense of right facial region.

F. E. nale, aged 42 years, widower, conductor. Mar. 4,1901 admitted in state of syncope and no history obtainable, except has had headache for some time, and has been dizzy.

Examination Paresis of right side of face. Paresis of right arm and right leg. Diminution of pain sense in face.

Sensation normal.

Died Mar. 10, 1901.

Post-mortem:- Brain when taken out was very soft and flabby, the left lobe being especially so; on the cortical surface in an area extending downwards fron the lower half of anterior frontal convolution to the base of the brain and bounded posteriorly by the fissure of Rolando, inferiorly by the Sylvian, and anteriorly, infringing on left inferior frontal and middle frontal convolutions, was an area of softening. After hardeniug in Formalin this proved to be a globuler mass which could be shellen from its sorroundings, and which was hollow, and filled with greenish pus. Brain tissue surroundingmass was also extensively softened. Whether this is a broken down tumor or a tubercular abscess, microscopic examination must determine.

Histological examination: Brain from what was a cyst or cavity filled with purulent material, sections were made and stained according to two methods:

(a) Mallory's to determine the presence of any overgrowth of glia tissue; this the specimens examined did not show. (b) Hematoxylin-Eosin. The wall of the cyst wich was of about 1|32 inch in thickness shows a very intense small-celled infiltration with an inner layer; next the cavity ragged and in many places broken down, and degenerated, whilst no typical tubercles were found, there were many rather small suspicious nodular collections of cells, which were taken to represent tubercular areas, the outermost area showed a layer of thickening which we think was due to glia proliferation, in spite of the fact that the Mallory specimens were nehative. There was also meningeal thickening over the area.

The location of this abscess-tubercular, secondary to pulmonary tuberculosis explains the aphasia, and also the facial paresis, as it involved the lower half of the frontal region on the left side, (speech centre) and extended back to the pre-central convolution, the arms and leg centres were not included in its territory. No study of secondary degeneration was made, as the brain was in a state of decomposition when obtained.

In this case we have a localized softening and tubercular abscess in lower third of the left ascending frontal convolution with distinct diminution of sense of pain in right side of face.

The tendency has become more and more manifest in the past decade to overthrow some of our fixed ideas as to the motor areas of Hitzig and Fristsch.

H. Munk says «After total extirpation of arm and leg area tactile sensibility of opposite extremities is permanently lost. This conclusion, verified apparently by Schiff, is denied by F. A. Shafer in a paper read by him before the Congress of Physiologists at Cambridge Eng. August 1898. J. Physiol. Vol. xxxii p. 310. He operated on 30 monkeys. His conclusions are: (a) A complete voluntary motor paralysis of a part may be produced by cortical lesion without perceptible loss of tactile sensibiliiy. (b) Motor paralysis which is produced by a lesion of the Rolandic area is not the result of sensory disturbance. (c) Tactile sensibility is not localized in the same part of the cortex from which voluntary motor impulses directly emenate. He says that it is certain that the motor cortex receives afferent sensory fibres fron the sensory region of the brain, that the irritation or destruction of these fibres explains the subjective and slight objective disturbances seen in motor paralysis.

Notwithstanding these observations, Munk persistently refuses to call the Rolandic area by any other name than the body-sensation

area, and his opinion has gradually gained ground, backed by such authorities as Flechsig; Dejerine; Luciani; Sepilli; who hold the extreme view that the sensory and motor areas are identical. These views have always been opposed with much vigor by Hitzig, who claims that the origiual contention concerning the motor functions of the Rolandic area have full value to-day.

Ferrier holds that the sensory areas are in the Tempora-sphenoidal lobe.

Schafer has recalled his views concerning the Gyr. Fornicatus.

Horsely held that the Gyr. Fornicatus was the sensory centre, but has modified his views to the extent of attributing tactile and locomotion sense to the motor area.

Flechsig limits his «Body Sensory» sphere to the ascending frontal and parietal convolutions, a slight part of the frontal lobe, the supra-marginal gyrus and the gyr. subangularis. He holds that motor and sensory cortical areas are located side by side in this region. He denies any sensory functions whatever to the other parts of the parietal lobe.

Von Monakow whose views are shared by Starr; Dana; Oppenheim; (10 th Int. Med. Cong. Paris) Neurologie, page 105) says «That pathological investigations prove that these centres are more extensive than the embryological researches of Flechsig would seem to indicate». «There appears to exist a fundamental difference in manner in which the motor and sensory fibres radiate. The motor bundles issue from the point of reunion (pyramidal tract in the internal capsule), sharply defined, distributed in and around the motor zone, while this sensory centripetal fibres spread themselves out in the cortical sphere over large surface, not sharply defined, in such a way that in the cross section of the radiation the central portion show the fibres more densely packed. The sensory fibres and their centres in the Thalamus degenerate only to a slight degree and only when almost the entire cervical connection is destroyed. Their degeneration is not at all in direct proportion to the primary lesion as is the case with the pyramydal tract. The method of secondary degeneration is therefore not of much avail in the laboratory study of cortical localization of sensory lesions and we must fall back upon clinical and pathologico-anatomical investigations.»

Case VIII: Weakness of both arms and legs, complete aphasia. Forced turning of head and neck to left. Left-sided hemianalgisia and thermanaesthesia. Bilateral thrombosis of middle cerebral arteries. Old atrophy of right lower third of Rolandic area. Acute cortical sof-

tening of the Island of Riell, post. ascending parietal, the anterior portion of first and second parietal convolutions and the first tempero sphenoidal convolution.

History: W. T., aet 56, admitted to «L» Neurol. Feb. 27, 1903.

Previous history: Had repeated paralytic strokes during past six months. Had one on the night before admission.

Present History; Admitted to ward late at night, unable to speak, apparently right side of body paralyzed, next morning arose, was found sitting on chair dressed. Unable to talk, continually holds head in position toward left shoulder.

Examination: Mental condition apathetic, unable to speak. Is not comatose nor semi-comatose. Pupils equal in size and react to light. External muscles of eyes apparently normal in function. Eyes are not turned to the left. No nystagmus. Right angle of mouth lower than the left. Tongue normal.

Sensation of face. perhaps a slight diminution for pain and temperature, but not positive.

Paresis of both arms, but can move and use both to some extent.

Paresis of both legs, ankle-clonus of the right foot, no exaggeration of patellar reflexes. Foot reflex of the right foot diminished, flexion of toe (No Babinski). Foot reflex of left leg enormously exaggerated, apparently that of arms also.

On thir day had a new apoplectic attack *without loss* of consciousnes. This attack was followed by:

(a) Complete motor paralysis of right side, lower half of face, arm and leg.

(b) Complete analgesia of right side of face, arm and leg and trunk.

(c) Complete Thermanaesthesia for right side, face, arm, trunk and leg.

(d) Reduction of all reflexes and total abolition of foot reflex.

On account of complete aphasia and examination of sense of touch muscle sense, spacing sense, and stereognostic sense was impossible. After last attack, reaction of left pupil to light absent.

Pulse 144, smal easily compressible. Without undergoing any change from above condition, patient died 72 hours after the last apoplectic attack.

Post-mortem: Brain. Complete thrombosis middle cerebral artery left side. Pia removed with great difficulty over posterior portion of second frontal convolution left side, its removal showing acute softening posterior portion. Second convolution which extends through

entire gray matter into the white substance below. Lower portion ascending frontal convolution shows an acute softening of the gray matter, extending into the white substance. Middle and upper third ascending frontal convolutions and paracentral convolution are normal. Ascending parietal convolution posterior portion; riddle third shows acute softening. There is acute softening of the superior parietal convolutiou with the exception of the portion adjacent to the longitudinal fissure. There is also acute cortical softening of the lower parietal convolution of the convolution of the Island of Riel and the tempero-sphenoidal convolution and the adjacent portions of the gyrus angularis. These softenings extend through the gray substance into the white substance below, but as point does, the softening extends into the internal capsule and nucleus caudatus of the Thalamus opticus. The begining of the right middle cerebral artery is also thrombosed. There is an old cicatricial atrophy of the lower portion and middle third. Rolandic area on the right side and especially of the ascending parietal convolution, both the cortex of the entire parietal lobe and spheno-temporal lobe with the exception of abowe-mentioned portions is normal. The peduncles, pons, medulla oblongata and the upper portion of the cord show absolutely *no gross involvements*.

The special interest of this case, aside from the usual condition of bilateral thrombosis of the niddle cerebral artery, lies in the fact that it throws some light on the question of cerebral cortical localization for sensory impressions.

Let us first take up clinically the left side of body, weakness of both arms and leg, enormous exaggeration of foot reflex, no exaggeration of other reflexes, no contracture. Pain sense and temperature sense normal, no statement canhe made of other qualities of sensation on account of mental condition. Pathological state of right hemisphere. Old thrombosis of the middle cerebral artery with great atrophy of the lower Rolandie area, especially the lower two thirds of the ascending parietal convolution. This atrophy amounted almost to a disappearance of the convolutions named. The remaining portions of Rolandie area, the cortex of the spheno-temporal and parietal lobes are perfectly normal. Here we have an atrophic condition of the Rolandic area followed by paresis of the oposite side of body, with normal parietal lobes, no loss of sensation at least for pain and heat.

On the right side of body we have a complete facial and arm paralysis, almost complete leg paralysis with ankle-clonus, and a complete loss of sensation, pain and temperature, for face, arm trunk and leg.

Pathologically we find a recent occlusion of the left middle cerebral artery and an acute cortical softening which is very marked in the anterior portion of the parietal lobe, the Island of Reil the first spheno-temporal convolution and the gyr. angularis, besides affecting the posterior second frontal and a part (small) of the ascending parietal convolution.

This case proves very much concerning the cortical localization of sensory functions. (a) It proves that the spycho-motor area does not receive cortical impressions for pain and temperature, for on the left side of brain these centres were acutely affected as evidenced by the complete paralysis of arm and leg, and on the right side of brain these centres in part at least were completely atrophic as a result of an old thrombus in the middle cerebral artery and still temperature sense as well as the sense of pain were normal in face and arm of the left side of body. It seems to me that this case is unique in so far as both sides of the Rolandic area were affected by the same cortical process. (b) This case would seem to prove that the loss of temperature and pain sense due to an acute certical softening of the anterior part of superior and inferior parietal convolution. I take it that the softening of the Island of Riel and the first tempero-sphenoidal convolution were the cause of the aphasia. Whether the mental disturbance was due to an acute process or whether it was the result of the general brain atrophy which was undoubtedly present, is difficult to say. The brain weighed but 100 gms.

This case would also prove that the sensory functions have a distinct cortical representation, for the subcortical softening was present only in spots beneath the parietal lobe, the largest of these being about the size of a franc piece and not extendig more than 1/4 inch beneath the grey matter. The internal capsule, nucleus caudatae nucleus lentiformis and the Thalamus opticus as well as the structures of the pons and medulla were intact.

The more detailed microscopio examination of this case will be made and published later by Dr. Wolfstein, Nouro-pathologist to the Cincinnati Horpital.

Case IX. Wernick's Soul Anaesthesia, Subcortical Tumor of the left arm centre, Jacksonian Epilepsy, Paresis, subjective numbness; after operation, soul anaesthesia.

Edw. O'B. act 31, single, no venereal disease. Onset of trouble one year ago, with attack of Jacksonian Epylepsy. The attack always preceded by numbness occurs at times without epileptic attack, in fingers of right hand.

After one year during which he had 15 attacks of Jacksonian Epilepsy; he developed weakness of right arm and leg with tendency to ankle-clonus; especially paresis of extensor pollicis. No objective disturbance of sensation.

No choked disc, no headache; dizziness; vertigo; tumor; subcortical arm centre. Left Rolandic area; tumor was found subcortical' arm centre; ascending frontal convolution and removed.

Developed a marked hemiplegia, and after operation Dr. Zenner discovered that with a normal touch, pain and temperature sense; there was imperfect spacing sense; marked astereogenosis and loss of posture sense in the fingers.

Case X—B. H. aged 26 years, machinist. Admitted, Aug. 6,1898 with the following history: Last September while at work in a coal mine, hand began to cramp; then the arm began to jerk (flexion and extension), then heart began to beat fast; then head got light and he stood up until it made him fall; down for 2 or 3 minutes; got up and went to work. Three months later had another attack; one month later another attack. Then every three weeks. His left eye twitches when he has the spells. Had last attack 3 days ago. Jacksonian attacks continued almost daily.

The paresis always present after an attack, gradually became more and more marked in the interval until toward end of life there was present a marked paresis, more marked in left leg than in the arm. Spastic in character with exaggerated reflexes, ankle-clonus and some contracture.

Sensation tactile pain and cold normal. Heat seems to be some inability to recognize heat easily over inner side of left ankle and sole of left foot. Died Feby. 3,1899.

Post-mortem 10 hours after death: Brain: Large corticle gumma not involving the dura mater localized in the upper end of the fissure of Rolando about 2 1/2 inches in diameter. The gumma was flat, occupying the grey matter, at no place more than 1/4 inch in thickness, scarcely extending into the subcortical tissue and separated from the latter by a skin layer of dense almost cartilaginous connective tissue.

Case XI—Anna M., aet 30. Admitted to «N» Neurolog. Oct. 19, 1901. Nine months ago spasm of right arm, followed by numbness and weakness. Weakness disappeared, numbness has remained. Has a continual sense of numbness, formication and pain in right hand. (This subjective disturbance of sensation was constant for two years before final operation). Epileptic seizures occurred about once a week Lately has had slight weakness of right arm.

Examination: Mental condition absolutely normal. Diminution of acuity of vision. Choked disc, slight paresis of right side of tongue and arm, right leg not affected.

Sensation—Subjective—Pain and numbness in the right hand and forearm.

Objective sensation-perfectly normal in all of its qualities.

Operated upon Jan. 8, 1903—Died.

Autopsy: Glioma, 1 1[2 inches in diameter perhaps 3[4 inch thick, was found occupying the middle third of the ascending frontal convolution, extending anteriorly over the frontal lobe, but not extending behind the fissure of Rolando. It is extra cortical, but has depressed anf flattened the cortex beneath it, forming a circular cavity perhaps 3[4 inch deep, the grey matter of cortex is compressed, but not destroyed. In both of the foregoing cases of-cortical brain tumors occupying a rather extensive area and producing Jacksonian Epilepsy with mono and hemiplegia, we have little or no objective disturbance of sensation, althoug the subjective disturbance was well marked.

We view case No. 6 critically we shall see that Brissaud's views are also no longer tenable. Brissaud put forward as a hypothesis that the sensory centres were in the motor area and that each side of the brain received impresses from both sides of the body and that this accounted for the disappearance of sensory symptoms after the acute stage of cortical lesion. He held that cortical lesions in order to produce permanent disturbances of sensation in the motor region, must penetrate the white substance of the subcortical region. That this cannot be looked upon as an anatomical or physiogical law is abundantly disproved by the above and other published cases.

Case No. 6 would tend to strengthen the contention of Knapp, Allen Starr and McCosh. From two operated cases, they deduce the conclusions that tactile and muscle sense are located in the ascending parietal and other motor zones. Temperature and pain sense in the parietal lobe.

Case No. XII. M. B. aet 40, single, mechanic. Had syphilis 20 years ago, never been nervous or hysterical. Three days ago while seated in a chair, had sudden attack of faintness and vertigo, was afraid to arise for fear of falling, felt a sense of numbness and loss of strength in the entire left side. On attempting to use arm and leg, found that he could do so.

Examination: Mental condition good, no change in eyes, face or tongue. Slight weakness of left arm, not marked, no change in left leg. Special senses normal. Complete thermanaesthesia of left arm,

left side of trunk and left leg. No increase in reflexes. Gradually improved under anti-syphilitic treatment.

Two years later examination showed normal muscular power, some hermanaesthesia present over left arm, left side of trunk and left thigh. In my opinion this case was an organic and not a hysterical case.

That temperature sense must have a different localization from the other senses to be plausible from case No x. in which after a slight apoplectic attack there was only to be found objectively a loss of temperature sense. More accurate localization of the special qualities of sentation have not as yet been determined, except Dana's view of the parietal lobe being specially connected with muscle sense.

One thing seems certain about the cortical sensory functions, and that it is radically different from the motor functions. Destruction of small cortical areas invariably produces motor irritation, paresis or paralysis, whereas, while cortical lesions may and at times do produce sensory symptoms even large and destructive lesions of the cortex and subcortical regions such as are illustrated by the Erb brain tumor case, and by cases I and II, do not produce objective disturbances of sensation.

The conclusions which we can draw are as follow:

1. Acute softening of the cortex of the area supplied by the middle meningeal artery produces in addition to a complete hemiplegia, a complete hemianaesthesia.

2. Chronic degeneration and atrophy of the lower Rolandic area produces likewise by throubosis of branch middle cerebral artery to a very marked degree, was not followed by a permanent loss of sensation of the opposite side of face and arm.

3. Tumors destroying the cortex and subcortical regions of the motor area very frequently have subjective disturbances of sensation such as pain, fornication and feeling of numbness. Objective disturbances of sensation may occur, but are usually slight and even in lesions producing great motor destruction leading to complete hemiplegia, do we ever find sensory disturbances which are at all proportionate to the motor disturbances.

In view of the fact that in the majority of cases of lesions of the cortical motor area or pyramidal tract, according to some authorities in 66 percent of the cases, sensory symptoms are absent, and in those cases in which they are present the sensory manifestations are slight and out of all proportions to the motor symptoms, we must conclude that the sensory tracts and the cortical sensory centres are not iden-

tical with the motor tract or motor areas, that the extreme views of Munk; Flechsig; Dejerine; Long etc. cannot be valid for man. We would rather incline to the views of von Monakow, viz., that general body sensation have a bilateral representation, and that sensory impressions may reach the cortex by vicarious routes if the paths which they usually follow happen to be destroyed.

My personal view is that the chief cortical sensory areas at least for pain and temperature are located in the anterior portions of the parietal lobe, and that tactile and muscle sense are located in the Rolandic area.

If we sum up our experience with regard to the Thalamo-Cortical Neuron, we know that acute haemorrhagie destruction of the Thalamus Opticus (Probst case), or acute haemorrhagie destruction of the Corona Radiata between Thalamus and cortex (Shaffer case), or acute cortical softening such as is produced by Thrombosis of the middle cerebral artery, lead to Hemianaesthesia, and it would seem that the physiological character of the Thalamo-Cortical Neuron as a sensory conduction tract would have to be looked upon as a fixed fact.

On yhe other hand, we know that chronic lesions such as tumors and softening of either Thalamus, or of the subcortical white substance, or of the cortex may, and very often do exist without causing any pronounced disturbances of sensation, although they are located in the same areas and destroy the same tissues as the acute lesions.

The acute lesions certainly do verify the newer anatomical and physiological investigations concerning the Thalamo-Cortical Neurons The chronic lesions leave us but one explanation viz., von Monakow's theory of bilateral representation and vicarious routes and centres for sensory impressions.

Contribution à l'etude de la localisation cérébrale de la voie sensorielle.

Le but de cette étude est de jeter de la lumière sur la fonction de la neurone thalamo-corticale et cortico-thalamique, surtout par rapport à la conduction et la perception des excitations sensorielles.

La diversité des résultats obtenus par les expérimentateurs quant aux fonctions sensorielles du Thalamus-opticus.

Les idées récentes sur la course et la distribution de la voie sensorielle du Thalamus-opticus a l'écorce cérébrale.

Un effort renouvelé d'appeler la sphère rolandique «la sensibilité corporelle» au *lien* de la sphère motrice.

Opinions diverses sur les fonctions sensorielles de la sphère rolandique.

Les investigations pathologiques au sujet des vieilles lésions mènent à des opinions diverses sur les fonctions sensorielles de la neurone Thalamo-corticale.

Récentes lésions aiguës de l'écorce cérébrale et de la région sous-corticale du territoire nourri par l'artère cérébrale moyenne produisent hémiplégie et hémianaesthésie.

Vieilles lésions corticales de la sphère rolandique ne montrent pas troubles sensoriels complets. Les tumeurs du cerveau, de l'écorce cérébrale et des régions sous-corticales de la sphère rolandique produisent des troubles subjectifs des sensations, mais quant aux troubles objectifs, ils ne sont que bien légers.

Attendu que dans la majorité des cas des lésions de la région corticale motrice ou la voie pyramidale (66 pour cent) les symptômes sensoriels sont absents et que dans ces cas où ils sont présents, ils disparaissent bientôt ou qu'ils sont légers et loin d'être à proportion aux symptômes moteurs, il nous faut conclure que la voie sensorielle et les régions sensorielles corticales ne sont pas identiques avec la voie motrice et les régions motrices; que les vues extrêmes de Munk, Flechsig, Déjerine, Long etc ne peuvent pas être valides chez l'homme. Nous sommes plutôt inclinés à l'avis de Von Manakow, une que la sensibilité corporelle a une représentation cérébrale bilatérale et que les impressions sensorielles atteignent l'écorce par des routes vicaires s'il arrive que les chemins qu'ils suivent ordinairement sont détruits.

Mon avis personnel est que les principales régions sensorielles corticales, au moins celles pour la peine et la température, sont localisées dans la partie antérieure des lobes pariétaux et que la sensibilité tactile et celle des muscles se trouvent dans la région rolandique.

SOIN DONNE AUX EPILEPTIQUES ET LEUR TRAITEMENT EN ANGLETERRE

par Mr. FLETCHER BEACH (London).

L'Epilepsie était connue dès l'époque d'Hippocrate qui en parle dans ses écrits et lui donne le nom de «mal sacré», quoiqu'il fût assez éclairé pour savoir que cette maladie n'est ni plus divine ni plus sacrée que les autres, mais a des causes naturelles dont elle dérive de la même façon que les autres maladies. Plus tard, Russell Reynolds,

Bourneville, Hughlings Jackson and Gowers ont traité ce sujet et les vues bien connues de Hughlings Jackson sont maintenant généralement acceptées par les médecins anglais.

Ce n'est cependant que dans les douze ou treize dernières années qu'on a établi en Angleterre des colonies pour le traitement des épileptiques. Sous le rapport des mesures prises en faveur de cette classe de malades, ainsi que des faibles d'esprit, nous sommes très en retard sur le Continent, où, depuis de longues années, existent des dispositions pour leur admission dans des asiles ou des colonies où ils sont soignés et traités.

En 1773, l'évêque de Würzburg fonda un asile pour les malades atteints d'épilepsie ou, comme on l'appelait alors, de «falling sickness». Cet asile était affecté en partie au traitement des malades susceptibles de guérison et en partie à la garde des incurables. Son œuvre fut continuée par son successeur, et en 1845 on construisit un bâtiment destiné à recevoir gratuitement quarante-huit malades. En 1838 des dispositions furent prises pour soigner les épileptiques dans des asiles. C'est vers la même époque que le docteur Séguin entreprit l'instruction des enfants idiots à Paris, et depuis lors les jeunes épileptiques sont reçus dans la plupart des asiles destinés aux enfants idiots.

On a à s'occuper de deux classes d'épileptiques dans les asiles ou les colonies: les aliénés et les sains d'esprit.

En ce qui concerne les malades de la première classe, la première mesure prise pour améliorer leur condition fut de leur réserver des salles spéciales dans les asiles, afin qu'ils pussent être séparés des autres épileptiques. Dès 1874, Mr. Ley, alors directeur de l'asile de Prestwich (Lancaster County Asylum) recommandait de placer les malades épileptiques des différents asiles du comté de Lancaster dans un établissement spécial, mais rien ne fut fait à cet égard. En 1892, le docteur Ewart lut devant l'Association Médico-Psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, un travail dans lequel il recommandait l'établissement de colonies, non seulement pour les épileptiques aliénés, mais aussi pour les adultes et les enfants qui n'étaient qu'épileptiques sans être aliénés. Depuis cette époque, l'opinion publique s'était évidement peu à peu formée sur ce sujet, puisque, en 1897, le docteur Rhodes et Mr. Mc Dougall, Alderman étaient désignés par le comité commun des asiles de Chorlton et de Manchester pour aller visiter les établissements pour le traitement des imbéciles et des épileptiques en Allemagne, en France et en Belgique. A leur retour, ils déposèrent un rapport dans lequel ils recommandaient de soigner ceux qui étaient malades aussi bien physiquement que mentalement, dans des

pavillons semblables aux pavillons Wilhelmina Augusta de Alt Scherbitz, établis en cet endroit pour les aliénés, tandis que ceux qui étaient physiquement valides, (environ 80 pour cent du nombre total) seraient soignés dans des bâtiments suivant le plan adopté pour les colonies, le nombre de pensionnaires dans chaque maison ne pouvant dépasser trente.

Le résultat de ce rapport fut que les autorités de Manchester et de Chorlton décidèrent d'établir une colonie pour les imbéciles et les épileptiques. On eut d'abord quelques difficultés à trouver un terrain convenable, mais, il y a un an ou deux, le comité commun des asiles de Manchester et de Chorlton acheta un emplacement de 69 hectares à Langs, à quelques kilomètres de Blackburn, et des bâtiments pour les imbeciles et les épileptiques y sont maintenant en cours d'érection. Une partie de la propriété est affectée aux imbéciles et une autre aux épileptiques.

Ce bon exemple a été suivi par les autorités de Leicester qui vont faire l'acquisition d'un terrain d'une grande étendue pour le traitement, d'après le système des colonies, des imbéciles et des épileptiques de l'hospice de Leicester.

Le conseil municipal de Londres a fait bâtir sur la propriété nommée Horton Manor une colonie pouvant recevoir 300 épileptiques aliénés. 51 hectares sont affectés à la colonie dont les bâtiments occupent une superficie de 11 hectares. Il y a un bâtiment réservé à l'administration et contenant aussi des logements pour le personnel et une infirmerie; un bâtiment séparé qui contient les magasins et les cuisines, avec la salle de récréation adjacente; et huit villas pour les malades. Ces villas sont des bâtiments à un seul étage et chacune peut recevoir trente six malades et le personnel nécessaire pour assurer le fonctionnement du service. Une maison pour le médecin en chef est placée à une distance commode du bâtiment administratif.

Enfin le conseil des asiles de Lancashire va fonder une colonie pour les épileptiques aliénés de Lancashire, donnant ainsi effet à la recommandation que Mr. Ley avait faite il y a près de trente ans.

En ce qui concerne les épileptiques sains d'esprit, le premier établissement ouvert pour eux, fut celui que le docteur Alexander et quelques autres messieurs fondèrent à Maghull, près de Liverpool en 1888, et qui contient 150 malades. Le bâtiment lui-même est une vieille résidence seigneuriale, mais depuis qu'il a été acheté, trois autres bâtiments pour épileptiques des deux sexes ont été érigés sur la propriété de sorte que les malades sont bien classés et subdivisés. Les hommes sont occupés au jardin et les femmes se livrent à des occupations domestiques.

En 1893, un asile (the Meath Home of Comfort) fut fondé a Godalming, Surrey, par Lady Meath. Il contient 50 femmes et jeunes filles épileptiques de 2 à 35 ans. Les malades de toutes les parties de l'Angleterre y sont admises. Elles doivent être capables de se livrer à quelque occupation: travail à l'aiguille, ou avec des perles, vannerie ou blanchissage.

En 1894 une colonie pour épileptiques sains d'esprit, la première de ce genre en Angleterre, fut ouverte à Chalfont dans les comté de Buckingham, par la Société Nationale pour l'occupation des épileptiques. Les maisons ont été graduellement bâties sur une propriété d'une superficie de 55 hectares par des personnes qui s'intéressent à cette œuvre. Il y en a huit: quatre pour hommes, deux pour femmes, une maison de convalescence et une pour les cas qui exigent un traitement et des soins spéciaux. La colonie est actuellement habitée par 172 sujets, la maison de convalescence et la maison spéciale sont occupées à présent par des colons qui sont en bonne santé, cela afin de diminuer un peu le nombre de ceux qui attendent leur admission. Un bâtiment pour les épileptiques de Hampshire, est en construction. Il pourra recevoir 24 personnes, de sorte que la population de la colonie atteindra sous peu le chiffre de 196. Un bâtiment pour l'administration sera bientôt élevé car le besoin s'en fait grandement sentir.

Les habitans mâles de la colonnie sont employés à faire de la menuiserie, de la vannerie; ou à la forge, ou dans la ferme et le verger; les femmes font du blanchissage, des travaux à l'aiguille ou s'occupent des soins du ménage.

Il y a aussi à Bournemouth, un petit établissement appelé St. Luke's Home qui fut fondé en 1895 et qui est destiné aux femmes épileptiques appartenant à la religion anglicane. Il peut contenir dix épileptiques dont l'état exige des soins médicaux. La direction en est confiée à deux infirmières qui sont membres de la société. «The Royal British Nurses Association», et qui non seulement donnent leurs services gratuitement mais encore contribuent financièrement à l'entretien de l'œuvre. Le prix pour la pension et les soins est de 12s. 6d. (15f. 75) par semaine.

Une autre colonie pour les épileptiques en possession de leurs facultés mentales est construite par les exécuteurs du Lewis, à Chalfont (Lancashire) sur un terrain d'une superfice de 186 hectares. Elle pourra recevoir 250 épileptiques, qui occuperont 9 bâtiments, dont 6 sont pour adultes et 3 pour enfants, et seront divisés en 3 classes, cette division étant fondée sur le prix qu'ils paieront, comme cela se fait dans les établissement allemands.

Les épileptiques une fois admis dans une colonie, il est très important qu'ils soient constamment occupés de quelque façon, mais il faut que leur occupation leur plaise, qu'elle soit saine, et, si c'est possible, qu'elle s'exerce dehors, car le soleil, l'air frais et les autres objets qui entourent l'épileptique, non seulement empêchent sa pensée de se fixer sur sa maladie, mais aussi le remplissent d'activité mentale et d'espérance. De plus, sa santé générale s'améliore et son travail aide á procurer la variété de nourriture qu'il est désirable d'avoir dans le traitement de cette maladie. Les résultats de l'occupation et du traitement des épileptiques de la colonie de Chalfont dont j'ai l'honneur d'être un des médecins sont des plus satisfaisants. Dans la plupart des cas une amélioration sensible s'est produite, la santé générale est devenue meilleure et la fréquence des attaques a diminué.

Les enfants épileptiques forment une classe de malades dont le traitement promet de bons résultats et leur état est susceptible d'une grande amélioration. Ils sont une source d'anxiété pour leurs parents car ils sont exposés à être écrasés dans les rues et si on les envoie à l'école ils peuvent avoir des attaques sur leur chemin ou dans la classe. Ces attaques dérangent la classe et effrayent les autres enfants. Il ne devrait donc pas être permis aux enfants sujets à de violentes attaques de fréquenter l'école. Il y a sans aucun doute un grand nombre de ces enfants dont l'état exigerait l'envoi dans des colonies d'épileptiques. Malheureusement une loi concernant les enfants défectneux et épileptiques, loi appelée: Loi sur l'instruction élémentaire, votée par le Parlement en 1899, contient une clause qui limite à 15 le nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, et à 60, répartis entre quatre bâtiments, leur nombre par établissement.

Sans cette clause des enfants seraient actuellement instruits et élèves à la colonie de Chalfont où deux villas avaient été construites dans ce but, l'une pour des garçons et l'autre pour des filles. Chaque villa avait été bâtie pour recevoir vingt-quatre enfants, mais comme le Ministère de l'Instruction Publique ne permet d'y admettre que quinze enfants, elles sont pour le moment employées pour d'autres cas. La Société Nationale pour l'occupation des épileptiques, et les autorités scolaires de Londres (London School Board) qui ont dans leur ressort environ 350 épileptiques, ont présenté au Ministère de l'Instruction Publique une pétition demandant de modifier cette clause et de porter à vingt-quatre le nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, et il y a lieu d'espérer que le Ministère donnera bientôt une réponse favorable.

L'expérience a démontré que les cas de jeunes épileptiques sont

ceux dans lesquels le système de traitement de la colonie donne les meilleurs résultats. A l'Institution pour Epileptiques de Zürich, le résultat du système d'éducation est des plus marqués. Dans leur rapport, les autorités de cet établissement disent que les enfants «apprennent à ressaisir et exercer leurs facultés désorganisées, à se maîtriser, à être exacts et soumis, et par dessus tout, (ce qui manque souvent aux épileptiques) à trouver du plaisir à s'occuper régulièrement, et à regagner la confiance, souvent perdue, en leur propre capacité d'exécution.» Les attaques sont moins fréquentes, et il y a des exemples qui prouvent qu'avec un système d'éducation convenable et un nombre suffisant de maîtres on arrive à faire de grands progrès intellectuellement et physiquement. L'essai qui a été fait à Chalfont confirme cette assertion. Bien que le comité ait été jusqu'a présent empêché de recevoir de jeunes enfants, il est cependant si convaincu de l'importance d'occuper les épileptiques dès le plus jeune âge possible, qu'il a admis vingt-quatre jeunes garçons de quatorze ans. L'état de ces derniers s'est amélioré d'une façon très satisfaisante, ils ont l'air bien portants et gais, et sont heureux et satisfaits. Pendant les soirées d'hiver on leur enseigne la lecture, l'écriture, l'arithmétique, le dessin et l'histoire, et pendant la journée en hiver comme en été, ils sont employés à la ferme où à d'autres occupations.

Sans aucun doute, la connaissance des bons résultats obtenus sur le continent par l'éducation des enfants épileptiques a engagé le Ministère de l'Instruction Publique à faire quelque chose dans cette direction, car le Comité du Conseil de l'Instruccion Publique a publié une décision à la date du 26 Février 1900, qui pourvoit à l'instruction des enfants faibles d'esprit et épileptiques, sur les sujets suivants: lecture, écriture, arithmétique, chant, récitation, leçons de choses, dessin, travaux à l'aiguille pour les filles, exercices physique et travaux manuels. Ç'est là un très bon arrangement car il pourvoit à l'éducation physique aussi bien qu'à l'éducation intellectuelle et dans le cas des plus jeunes enfants on emploie le système «d'enseignement par l'action» habituellement en usage dans les classes enfantines (kindergarten). Parmi les plus âgés, les garçons apprennent différents métiers et les travaux du jardin et des champs; les filles apprennent la cuisine, le blanchissage et l'économie domestique pratique, en outre des travaux à l'aiguille déjà mentionnés.

Malgré tout ce qui a déjà été fait, il faudra construire encore beaucoup d'autres colonies pour pourvoir aux besoins des ces infortunés malades. On évalue à 40.000 le nombre des épileptiques dans les Iles Britanniques et une grande partie d'entre eux résident sans doute

dans les hospices (workhouses), où, à mon avis, ils ne devraient pas être. Beaucoup des meilleurs cas de la colonie de Chalfont ont été ceux de colons qui avaient été dans les hospices peu de temps seulement et qui avaient glissé dans le paupérisme non pas par leur propre faute, mais simplement parce qu'ils n'avaient pu obtenir de travail. Il faut espérer que les autorités non seulement de l'Angleterre et du pays de Galles, mais aussi de l'Ecosse et de l'Irlande où rien n'a encore été fait en faveur des épileptiques, suivront l'exemple des autorités de Chorlton et Manchester, et de Leicester, et fonderont des colonies pour les épileptiques. Dans les régions où les nombres sont peu élévés, plusieurs comtés pourraient fonder en commun une colonie pour leurs épileptiques, ou bien les comtés pourraient fournir les fonds nécessaires à la construction d'un bâtiment à la colonie de Chalfont, comme les autorités de Hampshire le font en ce moment.

Pour la classe qui est au-dessus de la classe des indigents, des efforts volontaires seraient bien nécessaires. En ce qui concerne les enfants, la loi sur l'Instruction Elémentaire de 1899. (Enfants défectueux et épileptiques) dont il a déjà été question, permet aux autorités scolaires d'établir des écoles approuvées par le Ministère de l'Instruction Publique pour les enfant épileptiques, et de contribuer à l'entretien des écoles approuvées. Ces autorités doivent pourvoir à la nourriture, au logement et au traitement médical des enfants aussi bien qu'à leur instruction. J'espère que quand la restriction à quinze du nombre des enfants pouvant être admis dans le même bâtiment, sera levée, des dispositions seront prises pour que les enfants épileptiques dépendant des autorités scolaires de Londres (London School Board), dont l'état exige des soins dans un établissement d'épileptiques, soient admis à la colonie de Chalfont, car la loi permet de faire un tel arrangemeut.

Dans ces travial je n'ai parlé que du traitemen des épileptiques dans des colonies, car c'est un mode de traitements plus récent que le traitement dans les hôpitaux qui est en pratique depuis des siècles, et de plus le traitement dans les colonies doit être appliqué aux malades qui ont été traités dans les hôpitaux, mais chez qui les attaques se produisent si fréquemment qu'il leur est impossible d'obtenir et de garder un emploi dans la vie ordinaire.

TRAITEMENT DE L'ŒSOPHAGISME

Par Mr. DUBOIS (Saujon).

Sans être fréquent l'œsophagisme chronique, est moins rare qu'on ne le croit en général. Depuis huit ans, plusieurs cas se sont présentés à mon observation. Un d'entre eux a plus spécialement attiré mon attention sur cette maladie, parce qu'il évolue sur l'un de nos maîtres les plus éminents de Paris qui, depuis plus de dix ans, en est la victime résignée. Grand thérapeute pour les autres, notre confrère se borne à se passer, avant ses repas, quelques bougies coniques en caoutchouc lorsque la spasme est trop serré. Il ne veut faire aucun traitement actif.

Pour traiter efficacement cette maladie rebelle, il faut, avant tout, en rechercher les causes. Si cette recherche est bien faite, je crois que le nombre des cas d'œsophagisme idiopathique sera restreint. On trouvera comme cause soit une névrose, soit une intoxication, soit une infection (grippe chez l'un de mes malades), soit une lésion organique, soit un traumatisme ou des corps étrangers. Récemment en Allemagne, on a perfectionné les instruments permettant de voir exactement dans l'intérieur de l'œsophage. Un tube analogue à l'endoscope que Désormeaux employait pour examiner la vessie, permet, à l'aide de miroirs réflecteurs appropriés, d'examiner l'œsophage comme on examine le larynx au laryngoscope. Par cette œsophagoscopie le canal organique des rétrécissements et leur siège exact sont mis en évidence. Le Dr. Violet, de Paris, qui a fait une analyse des ouvrages de George Gottstein et de Korner, me disait qu'il avait été surpris de voir combien était rare dans les statistiques, le rétrécissement spasmodique comme conséquence des lésions organiques constatées à l'œsophagoscope (2 cas sur 50).

Pour qu'il y ait œsophagisme il faut donc une disposition nerveuse particulière en vertu de laquelle une lésion matérielle identique provoquera chez l'un le spasme, alors que chez l'autre elle constituera un simple obstacle mécanique *permanent*, sans œsophagisme. C'est sur cet état nerveux spécial, provocateur du spasme que je cherche à agir par le traitement complexe que je vais exposer.

Distinguer la part que joue le spasme dans un rétrécissement organique n'est pas toujours chose facile. On en jugera par cette obser-

vation d'Axenfeld que je cite en entier parce qu'elle est réellement très instructive (1).

Le 2 mai 1872 se présente à la consultation du Dr. Axenfeld la nommée Jacob Marie, âgée de trente-huit ans, blanchisseuse se plaignant de vomir depuis quelques jours tout ce qu'elle prend. «J'avale facilement, dit-elle; mais dès que les aliments ou boissons arrivent là (elle montre alors la partie antérieure et médiane de la poitrine), ils s'arrêtent et malgré moi je suis forcée au bout de quelques minutes de rejeter tout ce que j'ai pris.» M. Axenfeld, voulant être témoin du fait, demande un verre d'eau et il l'invite à boire une petite gorgée de liquide. La déglutition s'exécute avec facilité, mais la malade fait remarquer que le liquide reste au milieu de l'œsophage, et, en effet, au bout d'un moment elle rend par régurgitation l'eau qu'elle a avalée. M. Axenfeld l'admet dans son service.

Le soir elle est examinée et interrogée sur le début et la marche de l'accident. «Il y a cinq jours, dit-elle, je dinais comme à l'ordinaire; au milieu de mon repas, je sentis qu'une bouchée de pain avait certaine peine à passer. Je n'y pris point garde et continuai mon repas; mais presque aussitôt l'obstacle fut complet; il me devint impossible de faire passer le pain et les aliments solides. J'essayais alors de boire, même insuccès. Cependant je ne fus pas trop effrayée, j'espérai qu'au repas suivant cet accident aussi bizarre qu'inattendu ne reparaîtrait point. Mais vain espoir, rien absolument ne peut passer. Je ne me désespérai point encore. Le fait me paraissait tellement extraordinaire et inexplicable que je ne pouvais me figurer qu'il persisterait. Malheureusement il n'en a rien été, voici cinq jours que je rejette tout ce que j'avale.»

On lui demande aussitôt si elle n'a rien pris quelque temps auparavant qui puisse rendre compte de son état. Elle répond négativement. Le lendemain matin M. Axenfeld renouvelle l'interrogatoire, la malade fait le même récit que la veille. Il l'invite à boire devant lui, elle rend presque immédiatement après par une sorte de régurgitation.

Le Dr. Blache qui par hasard se trouvait ce jour-là dans le service, examine à son tour cette femme et lui arrache, permettez-moi l'expression, un détail de la plus haute importance. La malade lui apprend qu'il y a cinq ans, elle a avalé par mégarde un verre contenant de l'acide sulfurique, croyant avaler de l'eau fraîche. «J'ai vomi, ajoute-t-elle, immédiatement le liquide dont le passage m'avait, il est vrai,

(1) «Union médicale». Paris, 1872.

causé une vive douleur; mais cette douleur a disparu rapidement et je ne m'en suis jamais ressentie. Je n'ai point éprouvé à ce moment d'obstacle sérieux à l'introduction des aliments, et je ne puis attribuer à ce facheux événement l'accident qui m'arrive aujourd'hui. Voilà pourquoi je croyais tout à fait inutile d'en parler.»

Le lendemain matin, M. Axenfeld essaie de passer par les narines une sonde œsophagienne. Il fait plusieurs tentatives, mais les sondes sont trop grosses et refusent de pénétrer. Il prend alors une bougie d'un fort calibre. Celle-ci descend sans trop de difficultés jusqu'au tiers inférieur de l'œsophage; mais là elle est arrêtee. La malade fait de violents efforts de vomissements et la sonde est retirée. M. Axenfeld, en présence de cet obstacle infranchissable, croit à un rétrécissement organique cicatriciel, il dit de faire passer la malade dans un service de chirurgie.

A la visite du soir nous sommes étonnés de la retrouver dans le service. La malade alors nous raconte qu'elle avale sans difficulté. Elle a essayé, dit-elle, de boire une heure environ après l'introduction de la sonde et le liquide n'a point été rejeté. Depuis, elle a renouvelé plusieurs fois la tentative avec le même succès et elle se propose de prendre dans la soirée un petit potage très liquide.

La joie de la malade est complète le lendemain matin. Son potage a passé sans la moindre difficulté. Elle a pu même avaler de petits morceaux de pain sans que l'envie de vomir se soit fait sentir. Après quatre jours de séjour à l'hôpital, la malade est sortie n'éprouvant plus de difficulté à faire passer n'importe quel aliment.

M. Axenfeld fait observer que le spasme a dû se produire au niveau de la stricture cicatricielle légère provoquée par l'acide sulfurique. La bougie n'avait pas franchi l'obstacle, M. Axenfeld trouvant quelque résistance et croyant à une stricture organique n'avait pas forcé.

Le simple contact de l'instrument avec la muqueuse a suffi; il y a eu relâchement subit de la couche musculeuse sous-jacente. On verra plus loin l'importance qu'il faut attacher à ce phénomène dans la cure des rétrécissements spasmodiques.

Il n'est pas douteux que chez la malade d'Axenfeld le retrécissement cicatriciel dû à l'absorption de l'acide sulfurique devait être très faible, puisque pendant cinq ans la malade ne se douta pas de son existence; et il a fallu que l'élément spasmodique vint s'y ajouter pour rendre appréciable ce léger rétrécissement cicatriciel.

Pareil phénomène doit se passer dans certains rétrécissements de

l'urèthre, et j'ai la conviction que c'est à ce relâchemeni musculaire subit, à la myolèthe, comme l'appelait le Dr. Heurteloup, qu'il faut attribuer une bonne part des succès de l'intervention électrique.

Je m'explique sur ce qu'on doit entendre par *myolhète*: *mys* (muscle), *lete* (oubli). Ce néologisme a été créé par le Dr. baron Heurteloup. Dans un mémoire lu devant l'Académie des sciences, à Paris le 23 janvier 1860, il disait: «Il peut y avoir dans les muscles, sous l'influence de causes physiques ou morales, une cessation brusque de contraction qui amène la suspension plus ou moins longue de l'acte qui était en train de s'exécuter; il y a un oubli du muscle, il y a *myolhète*». C'est par la myolhète qu'il expliquait certains actes qu'on attribue maintenant à l'inhibition. Telle la frayeur faisant perdre momentanément l'usage des membres inférieurs à un homme qui veut fuir. C'est par le myolèthe que j'explique la cessation brusque du spasme œsophagien chez la malade du Dr. Axenfeld dont je viens de rapporter l'histoire.

Le Dr. Tripier qui a bien voulu me communiquer les notes inédites du Dr. Heurteloup, expliquait par le même mécanisme la pénétration si facile de l'électrode négative chez les malades dont on soigne les rétrécissements uréthraux par l'électrolyse (*Revue internationale d'Electrothérapie*, 1891).

De tous les agents physiques qui peuvent aider au relâchement musculaire dans le spasme de l'œsophage, l'un des plus actifs m'a paru être l'électricité appliquée sous la forme d'électrolyse linéaire, laquelle permet d'obtenir avec un faible voltage, une intensité relativement élevée sur un point donné, et cela sans aucun danger. La résistance au passage du courant ets faible parce que l'électrode métallique est à nu, elle agit sur un point très limité de la muqueuse, sur une simple ligne pendant quelques secondes; trente à quarante secondes suffisent pour obtenir la myolèthe. Ce temps d'action est évidemment insuffisant pour que les tissus puissent être altérés; c'est à peine si la muqueuse porte la trace très superficielle du contact de la lame électrolysante. Le rétrécissement est franchi avec la plus grande facilité; grâce au relâchement musculaire, il est franchi sans efforts, sans blessures, sans cicatrices consécutives.

Immédiatement après on peut faire avaler au malade du liquide, des bouillies et même des aliments solides. On profite de la profonde stupéfaction du sujet pour lui inspirer confiance en soi et faire la rééducation de la fonction troublée ou abolie.

Et, en effet, aux névrophates (malades que nous visons plus spécialement dans cette communication) il suffit souvent de démontrer

une bonne fois qu'ils peuvent faire ce qu'ils ne se croyaient plus capables de faire, pour arriver rapidement à la guérison d'accidents remontant à plusieurs années et ayant résisté à tous les traitements.

Dans notre pensée l'agent physique chez ces malades, doit intervenir pour donner son appui à nos suggestions verbales, pour les confirmer et les amplifier. Employé seul, l'agent physique réussit quelquefois comme dans l'observation d'Axenfeld; mais souvent il échoue la où il aurait préparé le malade à son action; et par suggestion je n' entends pas une suggestion hypnotique, mais bien une simple suggestion par raisonnement et persuasion.

Peter disait: «Le rétrécissement spasmodique est une véritable folie de l'œsophage». Il avait raison, et on se rend maître de cette folie en faisant la rééducation de la fonction.

A moins d'être en présence d'uu rétrécissement très serré et absolument infranchissable, il faut habituer tout d'abord les malades à ne pas régurgiter dès qu'ils ont avalé. En général si le malade veut résister à son envie de régurgiter, une partie des aliments qu'il a ingérés finit par passer; et c'est comme cela du reste que s'alimentent ceux qui n'ont pas recours à la sonde; ils avalent un tiers ou un quart de ce qu'ils mangent, les reste est rejeté après quelques minutes d'attente. Avec de la volonté, le malade s'alimente malgré son spasme, mais il s'alimente mal et insuffisament. J'aide à cette rééducution de la fonction œéophagienne par un procédé mécanique: le massage vibratoire. Voici en quoi consiste ce procédé qui m'a rendu déjà de grands services dans le traitement de la maladie des tics (1).

Un moteur électrique, tournant à 2.500 tours par minute, actionne par l'intermédiare d'un flexible un excentrique qui tourne dans une boîte métallique à la vitesse du moteur. Cet excentrique imprime à la boîte des mouvements vibratoires rapides, lesquels peuvent être transmis sur une partie quelconque du corps en appliquant sur cette partie soit la boîte, soit une plaque vissée à la boîte. Des vibrations ainsi faites à la region du cou ou au creux épigastrique, calment le spasme de l'œsophage; et si après quelques minutes de ce massage vibratoire, on recommande au malade de rester immobile dans une position favorable au repos, si surtout, avant de recommander l'immobilité, on fait au sujet des vibrations frontales à l'aide d'un bandeau spécial en caoutchouc que j'ai fait construire par M. Gaiffe, on obtient une détente remarquable.

---

(1) Dubois, de Saujon. «Traitement de la maladie des tics». Communication faite à la Société de thérapeutique, le 27 mars 1901. O. Doin, éditeur.

Ce traitement qui aide puissament à la rééducation de la fonction œsophagienne, est celui que j'ai fait suivre à Mme. B...

Observation 1.—Cette malade dont la seule manifestation hystérique était l'œsophagisme, et chez laquelle je n'ai trouvé aucun des autres stigmates habituels de la grande névrose, n'était pas hypnotisable. Un neurologiste fort distingué, de Bucarest, très habitué à l'hynotisme, a essayé sans aucun résultat, et cela pendant plusieurs mois, de toutes les suggestions possibles pour guérir cet œsophagisme rebelle. Malgré l'isolement dans une maison de santé pendant six mois, malgré les soins assidus les plus éclairés, l'échec a été complet, et la malade m'est arrivée de Roumanie à Saujon, se nourrissant exclusivement avec la sonde depuis deux ans.

Agée de 33 ans, elle a une hérédité nerveuse assez lourde. Le père est atteint d'un tremblement familial des mains; la tante maternelle et le père de cette tante avaient eux aussi du tremblement. Elle a une sœur et deux frères bien portants. Pas de maladie grave dans l'enfance; réglée à 15 ans, elle a, vers l'âge de 16 ans, une pneumonie double avec vomissements de sang. Elle se marie à 17 ans, devient enceinte aussitôt. Elle reste malade pendant cinq mois après ses couches. Elle a dû avoir de l'infection puerpérale d'après les renseignements qu'elle fournit.

Deuxième grossesse un an après, n'est pas malade, mais elle a des épistaxis abondantes et trés fréquentes. Suites de couches normales. Deux ans plus tard, troisième grossesse. Entre les deux, appendicite guérie sans opération: la veille du jour où on devait l'opérer, il y a une évacuation purulente par le rectum.

Après le troisième aecouchement, métrite qu'elle ne fait traiter que deux ans plus tard après avoir eu une très forte hémorragie. C'est après cette hémorragie que pour la premièrè fois survient un spasme de l'œsophage; spasme très violent, dit la malade, et ressenti en arrière du larynx. Pendant une demi-journée le spasme empêche la déglutition de tout aliment solide ou liquide.

Ce violent spasme, survenu subitement à la suite d'une hémorragie rappelle à la malade que, depuis plusieurs années, elle avait de temps en temps, mais à un degré très faible, une difficulté à avaler avec gêne ressentie au niveau du point où le spasme vient d'avoir lieu. Affaiblie par son hémorragie, elle reste au lit quatre mois et elle ne peut se nourrir qu'avec quelques gorgées de lait prises fréquemment et par très petites quantités à la fois.

Croyant que le spasme est réflexe et sous la dépendance de la métrite, on soigne régulièrement l'utérus, mais le spasme ne passe pas.

On pense alors que les soins médicaux et les pansements sont insuffisants, on propose un curettage qui est fait à Bucarest et après lequel la métrite est guérie, mais sans modification de l'œsophagisme. Dans la maison de santé où la malade est installée pour son opération, on commence l'alimentation régulière à la sonde. Deux mois après son curettage, Mme. B... encore alitée a brusquement, sans cause connue, une hemoptysie qui met sa vie en danger. On la gave tant pour la remonter que pour lui faire absorber de la viande crue, dans le but de lutter contre une tuberculose que l'on croit imminente. L'état général est très mauvais; on constate de la matité au sommet du poumon droit et des signes évidents de congestion, mais pas de craquements. La malade a de la fièvre pendant deux mois. Peu à peu, sous l'influence des gavages, elle se rétablit au point de vue de l'état général et de l'état du poumon, mais le spasme n'est en rien modifié.

C'est alors que les Drs. Marinesco et Obrégia, de Bucarest, essaient pendant plusieurs mois de traiter la malade par suggestion hypnotique; ils ne réussissent pas, et la malade ne peut plus rien prendre sans sonde.

C'est dans ces conditions (juillet 1902) qu'elle part pour Paris où elle consulte plusieurs de nos maîtres. L'un d'eux, M. le Professeur Raymond, a l'idée de nous l'adresser, et elle m'arrive à Saujon à la fin de juillet, accompagnée d'un médecin qui, en cours de route, lui a fait ses gavages à la sonde.

Je ne trouve rien au sommet des poumons. La malade pèse 25 kilogrammes.

En passant la plus petite des olives de Trousseau, je trouve deux rétrécissements spasmodiques, l'un très haut derrière le larynx à 15 centimètres de l'arcade dentaire; l'autre au niveau du cardia à 44 centimètres de l'arcade dentaire; sensation de ressaut au niveau des points rétrécis en retirant l'instrument. Aucun stigmate hystérique n'est constaté, pas de troubles de la sensibilté, pas de rétrécissement du champ visuel.

La malade raconte que son spasme est devenu beaucoup plus violent depuis le chagrin qu'elle a éprouvé de fait de la mort d'une fillette de douze ans, emportée en quelques jours par une appendicite, trois ans auparavant. C'est après la mort de cette enfant qu'elle a éprouvé pour la premiàre fois la sensation d'une boule formant obstacle au niveau du larynx. Avant cette époque il y avait gêne pour avaler, mais il n'y avait jamais eu arrêt complet du bol alimentaire. D'autres chagrins domestiques, un procés en divorce, sont venus aggraver la situation.

En raison de l'irritabilité nerveuse très grande de la malade, je me décide, avant de faire un traitement électrolytique, à employer la massage vibratoire suivi de repos avec *immobilité absolue* pendant un quart d'heure, immédiatement après chaque séance de massage. Pendant la séance d'immobilité, suggestion verbale avec affirmation que la malade pourra ne pas régurgiter comme elle le fait toujours dès qu'elle a bu quelques gorgées de liquide. Dès la première séance je réussis, en effet, à faire passer trois gorgées de lait sans trop de difficultés. Ces séances sont répetées tons les jours pendant trois semaines et peu à peu la malade arrive à boire sans difficulté, en ma présence, une grande tasse de lait, ce qu'elle ne faisait pas depuis plus de deux ans.

Après trois semaines, première séance d'électrolyse linéaire à 25 milliampères pendant une demi-minute. La séance est bien supportée et le lendemain la malade peut manger un peu de pain. Séance d'électrolyse tous les 10 jours, du 9 Septembre à la fin d'Octobre, la malade fait trois repas par jour, prenant de préférence des bouillies, des œufs, un peu de viande cuite (poulet. veau, cervelles) et des fruits. Le 20 Octobre, elle pèse 56 kilogrammes au lieu de 52. Elle part de Saujon à la fin d'Octobre. Je l'observe à Paris jusqu à la fin de Décembre et je constate que l'amélioration s'accentue de jour en jour. La malade prend régulièrement ses repas dans sa chambre, elle n'ose pas encore manger en public, éprouvant, dit-elle, plus de gêne lorsqu'on l'observe, redoutant toujours un spasme l'obligeant à régurgiter devant d'autres personnes. Elle retourne en Roumanie en janvier, me promettant de revenir achever sa guérison à Saujon l'été prochain si les spasmes ne disparaissent pas complètement pendant l'hiver. Le 24 Mars dernier elle m'écrit: «Tout le monde trouve que j'ai fait beaucoup de progrès pour manger, ce que je fais maintenant à la table commune. J'ai le spasme très rarement et peu douloureux, jusqu'à présent je n'ai pas eu besoin de médicaments, vous comprenez qu'il (le spasme) n'est pas violent du tout.»

Il y a deux ans j'ai communiqué au Dr. Larat l'observation ci-dessous qu'il a publiée dans son *Traité pratique d'électricité médicale* (1), observation relatant ma première guérison du rétrécissement spasmodique de l'œsophage par l'électrolyse.

Observation II.—La malade, vieille demoiselle de 60 ans, était nerveuse. Depuis six ou sept ans, elle éprouvait de la difficulté à avaler. Progressivement et lentement cette difficulté alla en s'accentuant d'année en année, à un point tel que lorsque la malade vint me voir

(1) Larat: «Traité pratique d'électricité médicale». Paris, 1904.

elle ne prenait plus que quelques cuillerées de bouillon, ayant la consistance d'une crème un peu épaisse. Trop liquides ou trop épais, les aliments ne passaient pas.

L'introduction de la plus petite des olives œsophagiennes de Trousseau heurtait l'obstacle à environ 3 centimètres au-dessous du niveau du larynx. On éprouvait à ce niveau la sensation d'un rétrécissement à consistance charnue qu'on aurait peut-être pu vaincre par un effort modéré. Le passage d'une sonde œsophagienne en gomme, à bout olivaire, dont l'extrémité correspondait au n° 6 de la filiaire et la partie renflée au n° 20, était possible.

L'introduction se faisait sans ressaut et laissait percevoir une sensation de glissement à frottement doux dans un canal étroit.

La dilatation progressive ayant échoué entre les mains d'un chirurgien habile, le Dr. Duplouy, de Rochefort, qui avait soigné la malade avant moi, je songe à l'électrolyse linéaire. Je fabrique moi-même mon électrolyseur en fendant la sonde en gomme dont je m'etais servi, sur une longueur de 5 centimètres et en adaptant dans la fente une petite lame de platine, lame mousse que je relie à l'aide d'un fil métallique placé dans l'intérieur de la sonde au pôle négatif d'une batterie de piles à courants continus.

Pendant une minute, je fais passer un courant de 15 milliampères au niveau de la partie rétrécie; je dégage la sonde, je la retourne et je fais dans cette même séance une seconde application pendant une minute et demie avec la même intensité sur le point diamétralement opposé. Trois jour après, nouvelle application latéralement et à droite, puis trois jours après latéralement et à gauche.

Dès le lendemain de la première séance la malade avale mieux et l'introduction de l'olive n° 2 de Trousseau est facile. Après les troisième et quatrième séances la malade avale du pain et on peut passer la plus grosse olive.

Deux ans après Mlle A., revient me voir, me disant qu'elle mange, mais qu'elle redoute une rechute; je la rassure après avoir constaté que je puis introduire les unes après les autres, et cela sans difficulté, toutes les olives de Trousseau. Cette malade n'avait avalé aucun liquide corrosif, elle n'avait eu ni syphilis, ni maladie infectieuse.

Observation III.—Recueillie (à l'Hôpital des Enfants, Paris: Service de M. le Dr. Grancher, par le Dr. Larat, à Paris).

B... Paul, âgé de onze ans. Père vivant âgé de trente-cinq ans très bien portant, pas de neuro-arthristisme, mère bien portante a eu trois enfants, une fille née avant terme (huit mois), un autre enfant, garçon de sept ans, bien portant.

Paul, âgé de onze ans, est né à terme, accouchement normal, nourri au sein, assez irrégulièrement. En outre du sein l'enfant prenait deux biberons par jour. Sevré à huit mois pour cause de grossesse, sans accidents. Constipé dans les premières années de sa vie. Rougeole à cinq ans, coqueluche à six ans.

Vers l'âge de quatre ans, il a commencé à être pris de crises nocturnes. Une ou deux fois par mois l'enfant réveillait ses parents pour vomir, il ne rendait alors que de la mousse. Ces crises deviennent plus fréquentes vers l'âge de six ans; elles se reproduisent tous les deux ou trois jours. Les vomissements surviennent alors au cours des repas, mais l'enfant ne rendait jamais que les dernieres bouchées de la nourriture; ce qui était introduit dans l'estomac n'était pas rendu, les vomissements se faisaient sans douleurs. A ces moments de crise, l'enfant se plaint seulement d'une lourdeur le long du trajet œsophagien.

Vers sept ans, des médecins consultés ont diagnostiqué: malaises d'estomac d'origine nerveuse. Enfermé chez le Dr. Sollier, il es traité par les punitions et la persuasion. On dit à l'enfant que ses parents l'ont abandonné; dès lors il refuse complètement de s'alimenter. On prévient les parents d'avoir à revenir chercher leur enfant; le contentement est tel que pendant six mois il n'a aucune crise.

En Avril 1896, les vomissements étant redevenus très fréquents coïncident généralement avec des émotions même légères. On amène l'enfant à l'hôpital et M. le Dr. Boulloche constate un rétrécissement spasmodique de l'œsophage siègeant dans la première partie du trajet.

Peu à peu les spasmes deviennent plus fréquents. Lorsque le spasme existe, l'enfant rend tout ce qu'il essaie d'introduire dans son estomac; en dehors des spasmes, le liquide passe assez facilement mais la viande et les légumes sont rendus immédiatement.

Quand on persuade à l'enfant qu'il peut avaler et qu'il doit essayer il arrive fréquemment, que les aliments passent. L'enfant dit qu'il se rend compte du passage de ses aliments dans l'estomac.

Les divers traitements que l'enfant a suivis sont: l'hydrothérapie, lotions, douches, l'électricité. M. Larat a fait un Rœntgen sans résultat; on administre sans succès des potions à la cocaïne, des potions à la liqueur d'Hoffmann et des bromures.

M. Renault consulté a trouvé que le rétrécissement siégeait plus près du cardia qu'on ne l'avait noté au premier examen.

25 novembre 1898. On essaye de sonder l'estomac. Le cathéter œsophagien est arrêté mais très incomplètement à l'entrée de l'œso-

phage: mais il est complètement arrêté à 28 centimètres de l'arcade dentaire. Le tube de Debove ne peut pas passer. Après les tentatives de cathétérisme, l'absorption des aliments se fait plus facilement pendant quelques heures.

27 novembre. Vu par le Dr. Larat. L'examen radioscopique montre que la sonde s'arrête dans l'œsophage un peu au-dessus du diaphragme. Saillie anormale à gauche de la colonne vertébrale en haut.

L'enfant n'allant pas mieux qu'à son entrée à l'hôpital, les parents le retirent le 4 décembre.

Il revient à la consultation en février 1899, toujours dans le même état.

Le 8 février 1899, première séance d'électrolyse linéaire œsophagienne avec le concours du Dr. Dubois, de Saujon. Durée: 1 minute et demie; intensité: 45 à 50 milliampères. Courant très bien supporté, très peu de douleur.

Le malade avale immédiatement après des bouchées de pain. Le lendemain il essaie d'avaler de la viande ce qui provoque un spasme d'une durée de 10 heures.

Le lendemain 9 février, il ne peut avaler que du liquide, des panades et des petits gâteaux. Le 14 février, il avale une petite flûte de pain très facilement.

15 février: nouvelle séance d'électrolyse, intensité: 48 millampères; 1 minute 1[2, bien supportée. L'enfant dit qu'après la séance il ne sent plus le passage du pain au niveau du rétrécissement comme il le sentait chaque fois auparavant.

22 février: 3e séance d'électrolyse. L'enfant a rendu en sortant une petite partie du pain qu'il venait d'avaler. Durant la semaine il a mangé régulièrement des aliments qu'il ne pouvait plus manger depuis longtemps: purées de pommes de terre, salades cuites, cervelles, sardines avec pain et beurre, œufs brouillés, foie de veau, etc. Tous ces aliments provoquaient auparavant des spasmes. Dans le cours de la semaine il a eu 4 ou 5 spasmes. Intensité: 50 milliampères; durée: 1 minute 1[2.

1er mars: 4e séance.—Dans la semaine le malade a eu 4 spasmes très courts. Il s'alimente mieux; la viande cependant détermine encore des vomissements, tous les autres aliments sont parfaitement absorbés sans déterminer aucun phénomène.

15 mars: 5e séance. Mêmes conditions.

Du 15 mars au 3 mai: 4 séances semblables. On note amélioration, deux ou trois spasmes très fugaces pendant la semaine, mais l'enfant refuse toujours de manger de la viande.

De mai à octobre 1900: séances tous les 8 ou 15 jours. L'enfant est bien sauf pendant certains jours d'orage où les spasmes reparaissent.

On note le 15 octobre que le malade a passé trois mois à peu près sans spasmes à la condition que l'alimentation soit en purée; le 15 octobre il a essayé d'avaler du blanc de poulet qui a provoqué des spasmes. La santé générale du malade est bonne, il a engraissé notablement.

En février 1801 suspension de ce traitement pendant 4 mois, pour voir si l'effet du traitement se maintient. Les spasmes reparaissent; on reprend le traitement en avril 1901 et il est poursuivi dans les mêmes conditions jusqu'en décembre 1902 et avec des résultats analogues; c'est-à-dire qu'une interruption un peu longue des séances détermine une exacerbation des spasmes.

En décembre 1902 dans le but d'analyser la salivation abondante qui accompagne l'introduction de la sonde œsophagienne, le Dr. Larat laisse après la séance, la sonde en place pendant 10 minutes sans courant. Cette séance est suivie d'une amélioration plus marquée que les précédentes, amélioration qui se maintient sans nouveau traitement depuis deux mois. Les spasmes à l'époque où le Dr. Larat me remet cette observation que nous avions prise ensemble ont presque complètement disparu (février 1903).

Chez ce malade la rééducation de la fonction œsophagienne par le procédé que je propose n'a pas été faite, aussi on peut voir combien a été longue à se produire l'amélioration. La dernière séance, plus suggestive que les autres, a-t-elle amené un résultat définitif? L'avenir nous l'apprendra; mais ce malade qui est en très bonne voie, guérira sûrement si on complète par une rééducation méthodique, et persévérante, les effets de l'intervention électrolytique.

Observation IV.—M. M..., homme de vingt neuf ans. Père mort à quarante-cinq ans d'une maladie de poitrine. Mère bien portante, un frère vivant a une bonne santé. Pas de maladies graves dans l'enfance, mais il s'est toujours enrhumé très facilement; n'a eu ni pleurésies, ni fluxions de poitrine.

Le 23 novembre 1901, grippe pendant huit jours. Au bout de huit jours, l'appétit qui avait disparu revient; il veut manger et il s'aperçoit qu'il ne peut avaler les aliments solides. L'intolérance est complète est il obligé de se nourrir exclusivement avec du lait. A diverses reprises, de novembre 1901 à août 1902, il essaie de se nourrir avec autre chose, mais tout aliment solide est arrêté à la partie moyenne de

l'œsophage, et le malade l'expulse par régurgitation. De temps en temps il vomit de la mousse blanchâtre et filante qu'il sent, dit-il, s'accumuler au-dessue du point où il sent que les éléments solides s'arrêtent.

Le 18 août 1902 le malade vient me consulter pour la première fois. A l'aide du cathéter œsophagien je constate qu'il existe un rétrécissement à 0m. 18 de l'arcade dentaire. L'olive n° 2 de Trousseau passe difficilement à ce niveau, on sent un ressaut en la retirant. Dès ce premier jour après avoir affirmé au malade qu'après la séance il pourra avaler du pain, je fais une séance d'électrolyse linéaire au niveau du point rétréci. Intensité: 40 millampères. Durée une minute. La séance est bien supportée, et dès le soir le malade peut avaler des aliments solides, ce qu'il ne pouvait pas faire depuis neuf mois.

Nouvelles séances le 8 et le 22 septembre. Le malade engraisse; il a gagné 1 kg. 560 depuis qu'il a commencé son traitement. Il a vomi deux fois seulement en quinze jours, et il continue à manger chaque jour des aliments solides et des aliments en bouillie.

Le traitement est continué jusqu'à la fin d'octobre. Une séance tous les dix ou quinze jours, et le malade part pour son pays n'ayant pas vomi depuis plus d'un mois et ayant engraissé de 2 kg. 300.

Observation V.—Mme. de Saint-P... âgée de soixante et onze ans. Père mort d'une maladie du foie. Mère morte âgée sans maladie connue. La malade a eu, dès l'âge de quatre ans, de la jaunisse à la suite d'nne crise de colère. Vers quinze ou seize ans nouvel ictère de nature indéterminée, probablement lithiase biliaire. Pas de crises nerveuses, mais migraines fréquentes accompagnées de vomissements, migraines qui disparaissent vers l'époque du retour d'âge.

Se marie à dix-neuf ans, a deux enfants et deux fausses couches, sans accidents consécutifs, reste réglée jusqu'à l'âge de cinquante-cinq ans. Pas de troubles gastriques.

En 1881 crise de rhumatisme articulaire aigu compliquée d'endocardite. Depuis cette époque, souffle mitral d'insuffisance.

Il y a deux ans à la suite d'une indigestion provoquée par des champignons, elle est prise de vomissements abondants d'abord alimentaires plus glaireux. Les vomissements glaireux persistent plusieurs jours; ils sont composés de mousse épaisse et suivis de hoquet. Depuis cette époque hoquet fréquent en buvant. La malade s'aperçoit quelques jours après cette grosse indigestion qu'elle ne peut plus avaler que du liquide, elle se nourrit de lait. Tout aliment solide s'arrête avant de rentrer dans l'estomac et il est regurgité soit après un ho-

quet, soit avec un effort de vomissement. La régurgitation est souvent précédée ou suivie de vomissement de mousse épaisse paraissant s'être accumulée au-dessus de l'obstacle. L'état que je signale persiste sans grande modification depuis deux ans, et la malade depuis quelques semaines n'avalait que très difficilement son lait et n'en prenait plus qu'un litre et demi; elle s'amaigrit beaucoup et prend une teinte cachectique qui me fait craindre l'existence d'un néoplasme cancéreux gastrique ou péri-gastrique. C'est là ma première impression lorsque la malade vient à ma consultaticn en février 1903. Elle est très affaiblie, et je la trouve tellement souffrante que je ne me décide pas à faire à cette visite le catéthérisme œsophagien. Bien m'en prit, car on n'eût pas manqué d'attribuer à cette intervention la crise de colique hépatique qui survint le surlendemain et qui fut accompagnée de vomissements, de fièvre, et suivie d'ictère franc généralisé, avec urines caractéristiques et selles décolorées.

Huit jours après la crise, la malade revient me voir; je me décide à faire l'examen de l'œsophage et je constate que la plus petite des olives de Trousseau est arrètée à 0 m. 41 de l'arcade dentaire, probablement au niveau du cardia. Ce premier examen est assez bien supporté et j'en profite pour passer mon instrment électrolyseur qui, avec 30 milliampères pendant une demi-minute, franchit aisément le rétrécissement et pénètre dans l'estomac. Dès le soir la malade avale du pain, ce qu'elle n'avait pas fait depuis deux ans! Le lendemain et le surlendemain, repas plus copieux, trop copieux peut-être, tant la malade est heureuse de pouvoir avaler. Nouvelle crise de colique hépatique.

Je provoque une consultation avec le Dr. Chauffard, ne voulant pas assumer la responsabilité de traiter seul une malade aussi âgée (71 ans), ayant un si mauvais état général, et voulant savoir si d'après M. Chauffard, l'état du foie pouvait être cause provocatrice de l'œsophagisme.

Après examen attentif, M. Chauffard conclut à l'absence de lésions de foie; il diagnostique de la lithiase biliaire, il ne voit pas de ralations entre l'affection des voies biliaires et l'œsophagisme. Mais frappé de l'intensité du souffle cardiaque, il attire mon attention du côté de l'appareil circulatoire et fait par la percussion la délimitation de l'aorte, il la trouve beaucoup plus large qu'elle ne devrait être et il conclut à l'existence d'une aortite chroniquc pouvant par voisinage provoquer ou tout au moins entretenir l'œsophagisme.

Je dois dire que comme cause provocatrice de l'œsophagisme, en dehors des vomissements du début, il y avait eu chez cette malade de violents chagrins, lesquels sont survenus à l'époque où elle a eu cette

crise d'indigestion. La palpation la plus minutieuse ne permet pas de découvrir le moindre néoplasme.

Désireux de me rendre compte du siège exact du spasme et des rapports de l'œsophage avec l'aorte dilatée, je conduis la malade chez le Dr. Béclère qui fait un examen radioscopique; il constate: 1.° que le spasme a son siège immédiatement au-dessus du diaphragme, au point précis où l'œsophage traverse ce muscle; la constatation est faite à l'aide d'un cachet de bismuth qui, avalé par la malade pendant qu'elle est devant l'écran, s'arrête au niveau du point sus-indiqué et fait tache noire très nette sur l'écran. Après un moment, on voit le cachet s'effiler, s'allonger et passer à travers le point rétréci; 2°. que l'aorte à ce niveau fait une ombre plus large que l'ombre normale.

Après ces constations, je me décide à continuer mon traitement de l'œsophogisme; le traitement est chaque fois très bien supporté. Je fais les trois premières séances à huit jours d'intervalle; les séances suivantes à quinze jours d'intervalle et j'ai la satisfaction de voir la malade s'alimenter de mieux en mieux et de la voir manger de tous les aliments solides ou liquides qu'elle désire avaler. Le succès, dans ce cas, a été d'autant plus remarquable que la malade avait un état général tellement mauvais que j'avais hésité a entreprendre la cure; j'ai fait la dernière séance avant mon départ de Paris, le 6 avril. La guérison pourraît être considérée comme complète, si, vu l'âge avancé de la malade et son état cachectique, je ne redoutais pas quelque surprise pénible du fait d'une lésion organique que l'investigation la plus minutieuse n'a pas pu déceler jusqu'à présent.

Comme on le voit d'après les observations ci-dessus, c'est surtout à l'électrolyse linéaire que j'ai eu recours pour obtenir la *myolèthe*, pour vaincre le spasme; mais, une fois le spasme vaincu, j'ai dû par encouragements, par suggestions verbales à l'état de veille faire la rééducation de la fonction œsophagienne.

Cette rééducation, je la crois utile même chez les malades qu'on traite par la dilatation forcée.

Ce traitement (dilatation forcée), employé par Broca en 1868, a été repris par le Dr. Jacobs, d'Anvers, qui a fait sur ce sujet une communication très intéressante au Congrès de 1900.

La malade de Broca avait 26 ans, elle était hystérique. Son spasme était situé très haut derrière le larynx. Le caractère spasmodique du rétrécissement était prouvé par le fait qu'il disparaissait momentanèment pour reprendre surtout au moment du passage des aliments. La dilatation avec les olives a été faite sans résultat. Guérison par la dilatation forcée, faite à l'aide d'un dilatateur à branches multiples.

Un an après, cette malade a eu un spasme anal qui a cédé à la dilatation.

Le Dr. Jacobs, d'Anvers, a fait construire un dilatateur très ingénieux que je me propose d'essayer sur l'une des malades si l'électrolyse est insuffisante pour provoquer la détente du spasme, la *myolèthe*.

Les quatre observations publiées par le Dr. Jacobs, d'Anvers, sont très concluantes, et il n'est pas douteux que la dilatation forcée est l'un des agents à employer dans les cas rebelles. Je préfère le massage vibratoire et l'électrolyse linéaire, qui sont des procédés inoffensifs; et ce n'est qu'après échec de ces deux moyens que je proposerais la dilatation forcée qui, en des mains peu exercées, me paraît susceptible de provoquer des accidents (déchirure de l'œsophage).

En résumé le traitement de l'œsophagisme que je propose, consiste à provoquer le relâchement du spasme, l'oubli du muscle (*myolèthe*) soit par massage vibratoire suivi de suggestions appropriées, soit par électrolyse linéaire (procédé de choix), soit par la dilatation progresive ou par la dilatation forcée, et à profiter de la détente obtenue pour faire la rééducation de la fonction œsophagienne, jusqu'à guérison complète.

NEW VIEWS OF THE VIRILE REFLEX

par Mr. **HUGHES** (St. Louis Mo).

If you suddenly stretch the foreskin or grasp and pull the glans penis towards the umbillicus of a virile individual, yoy will discover a sensible downward jerk of the organ and if you place one or two fingers of the other hand on the dorsum of the member you will detect by the sense of touch the downward retraction as plainly as you may see the plantar and the reflexes after suddenly stroking your fingers tips across the sole of the foot or metatorsal region. Bot these reflexes are normally downward.

Or, if holding the organ slightly tense by grasping the glan penis around the corona and gently pulling toward the umbillicus, you slap the inside of the thigh or sharply stroke upward with the finger tip tip the inguinal region over Poupart's ligament and the transversalis abdominus muscle or if you forcibly pinch up the perineal integument or the perineal scrotum, you will *elicit* the same downward re-

traction of the virile organ; *appreciable* to sight, but more so to the sense of touch; or if you suddenly tap the glans with some degree of force, the organ being rendered slightly tense, this downward jerk may be felt, even down to the perineal portion of the organ. The compressor urethrae seems to contract and the bulbous urethra seems to enlarge, the dorsal and muscular branches of the pudic nerve seem to receive and transmit the impression dorsal and return the *peripheral* impresion transmited into action, in a true reflex manner, in which the compressor urethrae and the bulbo cavernous portion of the penis participate, when the organ is erectile. And it may be easily elicited when the organ is not in an erectile condition.

Erection is secondary, resulting from penile excitation and not necessary to the display of this sign of virility.

This is a true penile reflex, a true penis jerk, a true sign of virile intactness. The jerk is plainly backward and downward as the knee jerk is upward with a healthy spinal cord.

It is not an erection but a retraction, like that of the gullet reflex, a downward and backward jerk. There need be no erection accompanying this phenomenon and usually is none, though erection may come on during its excitation. It is more active in the erectile state of the organ and may be less tive after a normal erection has been physiologically exhausted. It is in no sense a penis erection phenomenon, though absent, when power of erection is absent or lost from genuine organic impotency and in feeble and in some conditions of psychic impotence. To determine its precise value in psychic impotence and the genital weakness of sexual neurasthenia, demands more thorough study before absolutely positive conclusions can be reached thereon. I have seen it absent and very feeble in persons who subsequently regained power, especially in sexual neurasthenia, in the prostration of typhoid convalescence and in two of the spurious forms of tabes dorsalis-sexual exhaustion tabes. This sign is of obvions importance in questions of criminality connected with suppose rape. I have also seen the knee jerk absent and recovered from in post malarial tabes dorsalis and malarial toxhaemia.

This downward jerk may be elicited by frictioning the glans for a while by rubbing it with a piece of paper (Onanoff's method) though I have never successfully succeeded in eliciting it in this way until after the organ got into a state of erectile excitement. Eliciting it in this way not only excites erection but it shows more as a twitch modification of true virile reflex. This glans reflex friction methode and the resultant twitch is the excitatian method and description of M.

Onanoff who made his discovery about the time I made mine, as I learned when I communicated my discovery to M. Brown-Sequard, as I have stated in former communications on this subject, but you must note the Onanoff discovery was complicated with erectile co-excitation and is therefore a complex phenomenon and mine is not and is not elicited only in Onanoff's way of glans excitation but chiefly and better in a different and less complicated manner.

Minc is obtained in various ways and by penis upward traction reinforced by tapping or stroking or pinching in any of the genesiac areas of the body below the umbillicus, Onanoff callod his discovery a bulbo-cavernous reflex twitch, mine is a traction penile reflex elicited when the organ is drawn upward as already indicated. But if any pudic nerve area, of the inguinal, perineal or genital region, is excited, as previously described, by either upward penis traction or by traction and tap combined or by tickling with a straw, or pinching or pricking certain areas this phenomenon nill appear.

This phenomenon has in a manner been known, vaguely and indefinitely, to anatomists and physiologists for several decades before I described it or before Onanoff called attention to his similar phenomenon, but not before separated from other penile phenomena and given the distinctive significance with which we now invest it. Thus Ambrose Ranney in 1881 reflecting anatomical observation on this subject up to the time of his writing his treatise of that day on applied anatomy of the nervous system called attention to the fact (Applied Anatomy of the Nervous System 1881 page 469) that «in some cases of fracture of the spina, in the dorsal region, where a part of the spinal marrow is left intact below the seat of the fracture, you may be able, by repeatedly pinching the skin of the scrotum and penis, to produce spasmodic contraction of the muscles of the perineum and urethra and often to effect turgidity of the organ to such a degree as to make it resemble an imperfect erection or priapism» (?).

It is not uncommon for rectal as well as urethral, orchal and prostatic disease to produce sympathetic manifestations in the genito-urinary organs in the form of neuralgic pains involving involuntary emissions, incontinency of urine etc. Such effects can only be explained by the distribution of the pudic nerve to the integument about the genital anus, and I believe, to the walls of the rectum also, which allows reflex motor impulses to be sent from the spinal cord, (in response to rectal irritation), to the genito-urinary organs and perineal muscles. Now let us run briefly over the anatomy of the pudic nerve and its relations for explanation of the modus operandi of

this remarkable reflex and its great value which contributes further to make the pudic nerve in physiological significance next to that of the wonderful vagus.

Anatomy,

The pudic nerve branches from the lower portion of the sacral plexus, coming out of the pelvis through the great sacroischiatic foramen with the pudic artery, gluteal and sciatic nerves and vessels. It then reenters the pelvis and gives off the inferior hemorrhoidal nerve, and passes along the outer aspect of the ischiorectal fossa to divide into the perineal and dorsalis penis nerve. The inferior hemorrhoidal nerve sometimes comes directly from the sacral plexus and is not then a branch of the pudic. It is distributed to the rectal sphincter muscles and perineal and integument and it here communicates freely with the superficial perineal and inferior pudendal nerves. The largest branch of the pudic nerve, the perineal, dividing it into superficial cutaneous and deeper muscle branches sends some filiments to the sphincter and levator ani muscles, but it goes chiefly to the perineal integument, the scrotum, penis, labia and anus, communicating with the hemorrhoidal as already indicated.

The muscular branches come usually from the pudic, pass forward and inward beneath the transverse perinei muscle, its terminal filiments going off to the transverse perinei, erector penis, accelerator urinae and sometimes to the bulb of the urethra. The dorsalis penis nerve is a terminal filament of the pudic, going between layers of perineal fascia, through the suspensory ligament of the penis and along its dorsum to its glans. Its course is similar in the female. Ranny with Holden from whom this anatomical description is mainly abbreviated, here introduces a note from Hilton to the effect that the integument of the side of the penis is supplied by the perineal branch of the inferior gluteal nerve and from no other source. This probably explains why the virile reflex is so much more readily obtained by dorsal than general (?) tapping of the organ.

The pudic nerve is a nerve of sensation and motion of the genitals and genital regions of the body, the perineum and its integuments, the urethra and clitoris, their mucous walls and linings, the penis and scrotum. Its is sensory-motor nerve of special as well as pain sense the nerve of the genesiac sense, in main part at less, notwithstanding the probable association genesiac function of the inferior gluteal, inferior pudendal and some cutaneous filaments of the small sciatic.

I believe the pudic is the nerve sui nerve sui generis of the virile or genesiac reflex, especially in its infra umbilical and certain of its branches in its distributions and peripheral reflex sensibilities and relations and the dorsalis nerve defines the boundaries of the virile of genesiac reflex areas. The virile or genesiac reflex phenomenon is a pudic nerve area reflex. It is the diagnostic reflex of the sexual spinal cord sphere in the sexually normal individual, independently of the erectile state of the viriles organ or clitoris.

The pudic nerve, through its reflex funtion, of which the virile or genesiac reflex is an important part, makes possible erections, seminal emissions, scretal retraction, etc. They are brought about through influence and relations. Anatomists and physiologists have come near to the discovery of virile reflex before but have just missed it, years ago.

CONTRIBUTION A LA PHYSIOLOGIE DU MOUVEMENT.

DISPARITION DES MOUVEMENTS DANS LA CHOREE CHRONIQUE

par MM. VASCHIDE et VURPAS (de Paris).

Dans un cas de chorée chronique, terminé par la mort, qu'il nous a été donné d'observer, les mouvements avaient disparu les derniers jours de la vie, constatation qui n'avait pas été faite jusqu'ici par la plupart des auteurs.

Cette absence de mouvements peut être expliquée, dans ce cas du moins, croyons nous, anatomiquement. Aussi, de cette observation, dont nous rapportons ici l'histoire nous essayerons de tenter quelques considérations sur le mécanisme et la physiologie du mouvement, question à la fois, si intéressante et si inconnue. Revenons en quelques mots sur l'histoire clinique de la malade.

M..., Josephine, 61 ans. Nous ne savons rien sur les antécédents héréditaires ni personnels de la malade.

L'état physique est assez satisfaisant. Rien à relever à l'examen des poumons ni du cœur. Appetit conservé: bonnes digestions. Pas d'amaigrissement.

L'état démentiel de la malade étant très avancé, l'examen de la sensibilité générale et sensorielle en est rendu très difficile. Il semble cependant qu'il n'y ait rien d'anormal à noter. Les pincements, les piqû-

res sont bien ressentis et la malade réagit à ces impressions; la sensibilité thermique semble également conservée, ainsi que les diverses sensibilités sensorielles.

L'étude la plus intéressante porte chez cette malade sur l'état du système musculaire. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'existence de grands mouvements choréiques sur la description desquels nous reviendrons dans un instant.

Lorsque l'on regarde la malade soit assise, soit debout, on remarque un état de faiblesse musculaire assez accentué. La marche peut encore cependant s'éffectuer seule, quoique avec de grandes difficultés, en raisson soit des mouvements choréiques, soit de la faiblesse musculaire. La malade peut néanmoins porter une chaise en marchant. Lorqu'elle est assise, M... a les membres tombants; en dehors des amples mouvements qu'ils accomplisent, le corps est légèrement plié sur lui-même. Les traits de la figure sont tirés et tombants, lorsque le visage ne grimace pas sous l'influence des contractions musculaires.

Lorsque la malade marche, elle avance lentement et accomplit dans tout le corps des mouvements assez étendus qui impriment des secousses plus ou moins amples, plus ou moins fréquentes à tout le corps. Les jambes et les bras sont lancées violemment dans des direction indéterminées et sans aucun but défini.

Le membre est déplacé dans sa totalité. Il y a même des mouvements du tronc. Les muscles de la figure traduisent leur contraction par des grimaces imprimant au visage une physionomie plus ou moins mobile dans la successíon des impressions, sans aucun rapport avec les pensées qui occupent l'état mental du sujet, qui tendent à se manifester extérieurement dans leurs expressiens particulières et spéciales.

Les diverses émotions augmentent le nombre et l'intensité des mouvements choréiformes.

Le sommeil diminue parfois les mouvements choréiques.

M... présente également un affaiblissement de toutes les facultés intellectuelles, qui est toujours allé on s'accentuant. La malade devient de plus en plus démente et gâte.

Le 8 Mars 1902, M... présente une température élevée; l'auscultation révèle une respiration soufflante à droite, la faiblesse musculaire est plus marquée. Le sujet est étendu dans son lit, sa respiration est difficile et légèrement stertoreuse, le côté droit du visage est plus tombant que le côté gauche; la lèvre de ce côté est soulevée mécaniquement a chaque expiration; la malade «fume la pipe».

Nous sommes alors frappés de l'absence des mouvements choréiques à peu près totale; a peine quelques secousses musculaires.

M... succomba au bout de trois jours avec les phénomènes fébriles; jusqu'à la mort les mouvements n'ont pas reparu.

Voici ce que nous révéla l'autopsie au point de vue macroscopique: on notaît une pleurésie séro fibrineuse a droite; à gauche, le poumon était congestionné. Le cœur, le foie, la rate, étaient normaux.

A l'ouverture de la dure-mère il y ent un abondant écoulement de liquide citrin pâle.

La liquide sous-arachnoïdien et intraventriculaire était particulièrement abondant et provoquait de la dilatation des ventricules latéraux. La quantité de liquide contenu dans la boîte cranienne pouvait être évalué a 150 ou 200 grammes environ. La substance nerveuse avait une consistance molle. La moelle paraissait normale.

Au point de vue microscopique voici le résultat de l'examen des coupes qui ont porté au niveau du cortex, du cervelet, du bulbe, des moelles cervicales dorsales et lombaires, les méthodes employées ayant été le Nissl, le Weigert-Pall, le picrocarmin, la double coloration du Weigert et du picrocarmin. Les lésions constatées ont été celles d'une inflamation très accusée. Dans les méninges ainsi que dans les espaces périvasculaires on observait un véritable manchon d'éléments jeunes prenant bien la couleur, véritable injection naturelle engainant les vaisseaux ainsi que les espaces sous-méningés.

Dans l'intérieur du tissu nerveux, ces éléments formaient une véritable infiltration diffuse venant entourer les cellules nerveuses, qui pour la plupart présentaient des lésions dégénératives. Dans la moelle, certaines cellules, principalement celles du groupe antéro-externe, presentaient des lésions avancées. Le corps cellulaire ne prenait plus la couleur, le noyau était tout-à-fait excentrique, les contours arrondis, l'aspect général globuleux: la plupart des cellules présentaient des lésions de chromatolyse et l'excentricité du noyau qui de son côté était coloré d'une façon diffuse ét tranchait moins sur le fond uniformément coloré du corps cellulaire.

Au niveau du cervelet, mêmes lésions inflammatoires. Les trainées d'éléments embryonnaires dessinaient des trajets bien colorés, faisant communiquer comme de véritables canaux les espaces sous-méningés avec les éléments parenchymateux qui, eux aussi, présentaient des lésions dégénératives.

Au niveau du cortex, même injection péri-vasculaire et sous-méningée d'éléments jeunes, même infiltration diffuse du tissu nerveux par les corps embryonnaires qui venaient environner et entcurer les cellules nerveuses. Ici, les bords cellulaires étaient comme taillés a l'emporté pièce par les éléments jeunes environnants; les bords étaient

crénelés et semblaient vouloir embrasser les corps arrondis bien colorés, qui les attaquaient. Il y avait des phénomènes de chromalolyse, la coloration du corps cellulaire était uniforme, le noyau qui était excentrique et prenait la couleur, se détachait mal sur le corps cellulaire uniformement coloré. Les prolongements étaient moins nombreux et moins étendus que normalement.

Les coutours cellulaires étaient, d'une façon générale, un peu arrondis.

Ces lésions s'observaient au niveau des différentes couches de cellules; elles étaient simplement plus visibles au niveau de la couche des grandes cellules et surtout au niveau des cellules géantes.

En un mot, ce que nous voyons ici sur toute l'étendue du système nerveux central (cortex, cervelet, bulbe, moëlle) c'étaient des lésions inflammatoires très marquées.

Si de ces constations anatomiques, nous rapprochons certaines données cliniques, voici les quelques considérations que nous nous croyons autorisés à admettre.

Pendant la vie, on notait l'existence de mouvements quelle qu'en soit la cause anatomo physiologique.

Sous l'influence d'une poussée inflammatoire de tout le système nerveux central les mouvements ont disparu.

Normalement, sous l'influence d'un processus inflammatoire des mouvements, pouvant selon l'âge du sujet aller jusqu'à de véritables convulsions se produisent ici, où ils existaient auparavant, ils ont disparu.

Nous sommes ainsi amenés à considérer ces mouvements, quelle qu'en soit la cause anatomique ou physiologique prochaine, comme un trouble résultant d'un défaut d'harmonie entre le fonctionnement réciproque et les actions mutuelles des différents centres nerveux étagés et supposés. Lorsqu'un trouble apparaît et vient jeter le désarroi et rompre l'harmonie déjà troublée, qui présidait au fonctionnement physiologique et régulier, la mort fonctionnelle apparaît aussitôt.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL VERTIGO

por el Dr. ANDRES DE LA OLIVA (Madrid).

Aunque la expresión de vértigo no pasa de la categoria de fenómeno sintomático, no adquiriendo nunca el rango de verdadera entidad nosológica, es tan vario y múltiple en sus diferentes manifestaciones que merece estudiarse con especial cuidado é investigar, en lo posible, la génesis de su producción, como elemento diagnóstico y pronóstico de multitud de trastornos y de positivas entidades patológicas.

El vértigo es conocido desde la más remota antigüedad; su etimología procede del latín *vertere*, girar, moverse.

Se han empleado como sinónimas las palabras: oscurecimiento de vista, obnubilación, vértigo tenebroso y seotodinia.

Todos los escritores antiguos lo citan ó lo describen, acentuando sus diferentes manifestaciones y modalidadas.

No podía, en efecto, pasar desapercibido un fenómeno que, además de figurar como compañero inseparable de muchas enfermedades, está en la frontera del fisiologismo, como centinela avizor, para dar el grito de alarma en las transgresiones, protestando de las abusos que se cometan con los distintos aparatos orgánicos.

No hay, seguramente, persona adulta, que no haya sentido alguna vez el vértigo, ora en sus movibles juegos infantiles con sus vueltas y revueltas más ó menos giratorias, ora en las precoces tentativas de fumador, èn los excesos genésicos ó en otras muchas ocasiones y motivos abusivos que no salen de la esfera del fisiologismo. Estos son los verdaderos vértigos provocados, idénticos en sus manifestaciones á los patológicos.

Empero los fisiólogos y, sobre todo, los clínicos tenían que investigar la naturaleza de los fenómenos que acompañan al vértigo y aquí surge su historia, laboriosa y accidentada en extremo.

Hipócrates había observado el vértigo en las fiebres y en las pérdidas hemorroidales, asignándole como carácter el movimiento aparente de los objetos.

Galeno fué el primero que describió los vértigos fisiológico, ocular y rotatorio, creyéndoles producidos por afección primaria de la cabeza ó simpática del estómago.

Aretéo, hizo un magnífico estudio del vértigo, añadiendo sólo la noción de atolondramiento.

Desde esa época todos los autores médicos han intentado describir y definir el vértigo, usando palabras simbólicas que disimularan su ignorancia en la materia ó estudiándolos individualmente.

Purkinje hace el estudio de los vértigos rotatorio y galvánico.

Boerhaave, Trousseau y, sobre todo, Fluorens, plantan los jalones, trazando con sus experimentos el verdadero camino científico que debia recorrer la investigación etiológica del vértigo.

Sauvages y Niemeyer dicen que es una alucinación.

Platner dice que es una repentina perturbación de los sentidos.

Para Sandras es un desórden sin pérdida de la conciencia, y al mismo tiempo con perturbación más ó menos grande de las ideas.

El vértigo es una ilusión (Frank).

Es un desórden de la percepción (Monèret).

Es una sensación de equilibrio perdido (Spring y Brunner).

Es una falsa imagen (De la Mettrie).

Es un atolondramiento de los sentidos (Gorter).

Es la sensación de movimientos de los objetos, sin una real existencia de movimiento (Ramskill).

Es una descarga epiléptica sobre el cerebelo y el nervio auditivo, como el acceso de delirio es una descarga sobre la zona psíquica (Reynolds).

Estas manifiestas dificultades que se ofrecen al definir un fenómeno conocido por todos en su forma, demuestra la profunda oscuridad que domina en su esencia.

Algunos colocan al vértigo entre los fenómenos dependientes de la sensibilidad, otros entre los de la inteligencia, y otros en los del movimiento.

Estos exclusivismos conducen fatalmente al error. Las funciones y los fenómenos dependientes del sistema nervioso están tan íntimamente ligados entre sí, como los centros que los informan, como las células que constituyen sus tejidos.

Pueden separarse mentalmente todos los fenómenos del vértigo para analizarlos individualmente; pero no se debe olvidar que todos guardan estrecha relación recíproca, como los síntomas en apariencia heterogéneos de una enfermedad.

Etiología.—Clasificación.

Son tan numerosas y heterogéneas las causas productoras del vértigo que, á falta de otros fundamentos más conocidos y esenciales, ellas han servido de base para la nomenclatura y clasificación de to-

dos los vértigos. Así el que se produce por la rotación del cuerpo sobre sí mismo ó alrededor de un objeto cualquiera, se llama vértigo rotatorio; el que acompaña ó precede á los ataques de gota, vértigo gotoso, etc., etc.

La clasificación de los vértigos tiene, pues, que ajustarse á su razón etiológica. Así lo han comprendido todos los que de esta materia se han ocupado, y así hemos de hacerlo en este modesto trabajo, procurando sintetizar todo lo posible, corregir las deficiencias existentes en honor de la propiedad y claridad, y armonizar la patogenia del importante síntoma que nos ocupa con los conocimientos anatomo-fisio-patológicos actuales.

Se ha intentado clasificar los vértigos: por su duración, en agudos y crónicos; por la forma de movimiento, en titubeans, vacilans, fluctuans y gyrosa (Wepfer); por su significación pronóstica, en simple y tenebroso; por el órgano que parecía provocarlo, en gástrico, hepático, uterino, etc., etc.

Weill propone una clasificación bastante racional aunque muy complicada, dividiendo todos los vértigos en: 1.° Por trastornos del aparato de equilibración refleja, y 2.° Por trastorno del mecanismo sensorial de equilibración.

Estas dos clases las subdivide en doce, en las que no caben muchas variedades, como el vértigo producido por el terror, por la galvanización cerebral, por la descarga eléctrica, por la presencia de espectáculos cruentos y otros más.

Silvagni intenta otra clasificación, que él mismo califica de imperfecta. Divide todos los vértigos, por razón de su causa, en ocho clases, que llama: *Fisiológico*, *Sensorial*, *Reflejo*, *Tóxico*, *Sintomático*, *Esencial*, *Psícosis*, y *por otras causas*.

Esta clasificación no resiste el más ligero examen crítico: *Sintomáticos* son todos los vértigos, puesto que este fenómeno es un síntoma siempre, excepto en los casos en que se provoca experimentalmente.

La denominación de vértigo *Esencial* es, como ha dicho Nothnagel, un púdico velo que cubre nuestra actual ignorancia acerca de este punto.

Y en la última clase *Y por otras causas* está la confesión declarada de impotencia clasificadora.

Vamos á proponer una sencilla clasificación, que no pretendemos que sea la última. Tenemos la creencia de que la simplicidad es el ideal que debemos perseguir todos.

Los vértigos, por su razón etiológa, se dividen en:

1.° *Mecánicos.*
2.° *Psíquicos.*
3.° *Directos.*
4.° *Reflejos*, y
5.° *Tóxicos.*

El siguiente cuadro completa la idea de esta clasificación:

- Vértigos
  - Mecánicos
    - Anémicos
      - anemia
      - cambio brusco de posición
      - ateroma cerebral
      - afecciones cardiacas
      - shok traumático
    - Congestivos
      - congestión cerebral
      - ejercicios violentos
      - esfuerzos para defecar ó para parir.
      - supresión de hemorragias periódicas.
      - traumatismos en la cabeza
      - insolación.
  - Psíquicos
    - Visuales
      - presenciar espectáculos cruentos
      - mirar desde grandes alturas ó á grandes profundidades
      - mirar la corriente de los ríos ó cascadas
      - viajar en ferrocarril ó en coche cerrado
    - Emotivos
      - terror, miedo.
  - Directos
    - Neurósicos
      - epilepsia
      - histerismo
      - neurastenia
      - vesanias
    - Experim.les
      - galvanización cerebral
      - movimiento rotatorio
    - Propiamente directos
      - enfermedades cerebrales
      - enfermedades cerebelosas
      - afecciones del oído
      - vértigo de Menière

- Vértigos
  - Reflejos
    - Fisiológicos
      - embarazo, al principio
      - navegación
      - verminoso-tenia
      - parásitos en cavidades nasales
      - excesos en la cópula.
    - Patológicos
      - gástrico-dispepsia
      - tabes dorsal
      - parálisis de los músculos del ojo
      - neuralgia ó dolor intenso
  - Tóxicos
    - Infecciosos
      - tifus
      - grippe
      - escarlatina
      - paludismo, al principio del acceso
      - sífilis.
    - Diatésicos
      - gota
      - artritismo
      - diabetes
      - enfermedades venales.
    - Intoxicación
      - respirar atmósferas confinadas
      - ácido carbónico y oxido de carbono.
      - alcohol.
      - nicotina-tabaco.
      - fenol - morfina - quinina - salicilatos
      - atropina - daturina - hiosciamina, veratrina - colchicina
      - digitalina-estricnina-cornezuelo de centeno-éter y cloroformo.

1.° Son *mecánicos* los vértigos que se producen por una causa que podemos llamar mecánica. Comprende dos clases: *anémicos* y *congestivos*.

Los cambios bruscos de presión sanguínea, producen en el cerebro y cerebelo trastornos de naturaleza física, que procura corregir el líquido céfalo-raquídeo, y además otros de orden nutritivo—sobre todo en la anemia—en los que se dificulta el metabolismo fisiológico. En ambos casos se manifiesta el vértigo.

A. Comprenden los *anémicos* en primer término á la *anemia* propiamente dicha ó sea la producida por hemorragias, y la *anemia de los convalecientes*. En el *ateroma cerebral* y en las *afecciones cardíacas* se produce igual isquemia cerebral por dificultades circulatorias.

Sospecha Grasset que en la arterio-esclerósis son producidos los vértigos por la falta ó insuficiencia de la circulación bulbar.

A esto llama claudicación intermitente del bulbo.

En el *shok* traumático, supone Nothnagel, que el vértigo es la consecuencia de una anemia cerebral momentánea. Estos vértigos se acompañan de naúseas y desfallecimiento general.

B. Entre los segundos ó *congestivos* están comprendidos: *la apoplegía, los ejercicios violentos, los esfuerzos para defecar ó para parir, la supresión de hemorragias periódicas, los traumatismos en la cabeza y la insolación.*

2.° *Psíquicos.*—A pesar de la profunda obscuridad que envuelve á todo lo que se relaciona con el psíque, por referirse á las regiones más elevadas y nobles del cerebro, no por eso dejamos de darnos cuenta de su marcada influencia sobre todo el sistema nervioso central y periférico. La sugestion vigil y de la auto-sugestión las apreciamos con harta frecuencia. Son ideas que prenetran en el cerebro sin sufrir la fiscalización de la voluntad.

El vértigo psíquico es tal vez producido por una falsa representación de la imaginación que la provoca, la cual es aceptada por el cerebro de un modo inconsciente. Así lo entendía M. Charcot, cuando decía, que el vértigo de las alturas y el de precipicios lo producía «la idea que se presenta al espíritu de un cuerpo que cae, y esta idea de caída tiende, si es intensa, á pasar à la de acto».

Los vertigos psíquicos son de dos clases, visuales y emotivos.

A VISUALES.—*Presenciar operaciones quirúrgicas ó solo oir hablar de ellas.*

En las prácticas que acompañan al estudio de la profesión médica, todos hemos tenido ocasión de conocer alumnos que sufrían vértigo siempre que presenciaban operaciones quirúrgicas. La costumbre disminuye y hasta suprime esa predisposición.

Conozco á un señor muy respetable que es atacado de vértigo siempre que oye hablar de un herido ó describir una operación quirúrgica.

Mirar desde grandes alturas á grandes profundidades.—Se ha interpretado la etiología de este vértigo, asegurando que la formación de las imágenes en el espacio, la formulamos siempre por comparación con los cuerpos ú objetos inmediatos; al faltar estos cuerpos ú objetos ó estar excesivamente distantes, como ocurre en los casos de vértigo de altura ó de precipio, la transmisión comparativa se efectúa imperfectamente á la corteza cerebral, y del conflicto entre la noción visual y la impresión sensorial, surge el vértigo.

Por lo tanto, es una falta de adaptación automática, como lo prue-

ba el hecho de que con el hábito se acostumbra la vista á formar las imágenes comparativas á gran distancia. Así ocurre á los albañiles, funámbulos, etc., etc.

Este vértigo falta en los niños, lo que se justifica por su insuficiente práctica para formar imágenes comparativas.

Mirar fijamente la impetuosa corriente de los ríos ó cascadas y viajar en ferrocarril ò coche cerrado, puede producir igualmente vértigo psíquico visual, provocado por la rápida sucesión de las imágenes y el conflicto sensorial consiguiente.

B. EMOTIVOS.—Todas las emociones y especialmente las deprimentes, pueden ocasionar vértigo: como el miedo, el terror, etc., por la obnubilación que se produce en el cerebro.

Dice M. Herz, que esto es debido al estado de trastorno en que se halla el ánimo, por efecto de la inusitada rapidez en la sucesión de las propias imágenes emotivas.

3.° *Directos.*—Siempre que la causa productora del vértigo venga á actuar más ó menos directamente sobre alguno de los centros que contribuyen á la equilibración, llamaremos á aquel directo. Comprende dos clases:

A. NEURÓSICOS.—En la *epilépsia* suele presentarse muy característico (Jones), mientras que otras veces sólo constituye el aura inicial de un ataque (Charcot).

En la *histéria* es más frecuente, y como dice G. de Mussy, es un acceso con sensación de oscilación en que parece que giran los objetos, pérdida de equilibrio y conservación de la conciencia.

En la *neurastenia*, se presenta (Beard) acompañado de alguno de los numerosos síntomas propios de esta neurósis.

El enfermo se queja de constricción cefálica más ó menos acentuada ó de sensación de peso en la región occipital, debilidad general, amiosténia, nebulosidades en la vista y zumbido de oídos; en ocasiones le parece que se mueven los objetos que le rodean, el suelo lo cree falto de firmeza, y él mismo se balancea, y teme caer por carecer del dominio sinérgico indispensable para la conservación del equilibrio.

Ha observado M. Charcot, que el vértigo neurasténico se produce más frecuentemente en dos ocasiones: en ayunas y después de esas abundantes comidas que van seguidas de laboriosa digestión. Por esta razón sospecha que se han confundido muchas veces con el vértigo gástrico.

En algunas formas de *locura*, cita Lasègne al vértigo como precursor de la enfermedad. Millet ha observado un caso en el que des-

pués de seis meses de frecuentes vértigos y cefálea continua sobrevino la lipemania.

B. *El vértigo experimental* puede obtenerse por medio de la *galvanización cerebral.* Es más fácil conseguirlo cuando la corriente atraviesa transversalmente la masa encefálica, ó sea en la aplicación de los electrodos bitemporal, que cuando se hace en la dirección fronto-occipital. Suele acompañarse de fosfenos á los menores cambios de intensidad de la corriente.

He repetido estas experiencias en distintas ocasiones y siempre he obtenido idénticos resultados, no pasando de 5 á 10 miliamperios de intensidad. La sensación vertiginosa ó el vértigo se inicia á los cinco miliamperios, y hay entonces que disminuir la corriente para tranquilizar al individuo. Otras veces hasta los 8 ó 10 miliamperios no se manifiesta el vértigo, que cesa desde el momento en que gradualmente se quitan elementos en el colector. En todos los casos se presentan fosfenos, sobre todo al disminuir la corriente.

Es posible que estos fenómenos sean debidos á la contracorriente ó corriente de polarización del tejido nervioso ó á la neurolisis. La dirección de la corriente no tiene marcada influencia.

El vértigo *rotatorio* es fácil de experimentar porque se produce sin gran trabajo en la mayoría de los individuos. Asegura Salathé que es debido á la anemia cerebral; y suponen otros con más fundamento que su verdadera causa está en el movimiento de la endolinfa de los conductos semicirculares.

Esta segunda opinión tiene á su favor el argumento de que los sordo-mudos no sufren apenas el vértigo rotatorio.

C. Son vértigos de causa *propiamente directa* aquellos en los que la enfermedad ó la lesión actúa de un modo directo sobre uno ó varios de los centros equilibradores.

La *congestión cerebral* suele ir precedida más bien que acompañada de este síntoma.

Las *hemorragias*, los *reblandecimientos del cerebro*, los *estados atróficos*, la *esclerosis múltiple en placas*, los *tumores* y otros procesos morbosos del cerebro, pueden en medio de sus otros síntomas dar lugar á vértigos más ó menos pronunciados (Nothnagel).

Las lesiones y *enfermedades del cerebelo*, producen casi siempre el vértigo; no obstante, puede existir la marcha titubeante cerebelosa sin acompañarse de vértigo (Griesinger).

En el vértigo cerebeloso se presentan vómitos sin ir precedidos de nauseas, preferentemente en los cambios de posición del enfermo (Weill).

Las lesiones de los *pendúnculos cerebelosos* van siempre acompañadas de vértigos, así como las de la protuberancia.

También son secuela obligada en las lesiones del oído interno y medio.

Como tipo de ellas tenemos el vértigo de Menière, sobradamente estudiado y conocido.

4.° *Reflejos.*—Se llaman reflejos los vértigos cuya causa actúa á mayor ó menor distancia en algún aparato ú órgano, la que trasmitiéndose á los centros de coordinación y equilibración, produce los fenómenos que los caracterizan.

A.—Estos vértigos reflejos se denominan *fisiológicos*, cuando se desarrollan en un estado de relativa salud ó de salud perfecta, como, por ejemplo, los verminosos ó los del principio del embarazo. Tanto los vermes intestinales como la ténia, despiertan tal cantidad de reflejos multiformes, que vemos con frecuencia al vértigo, figurar entre ellos.

El vértigo ó *mareo de la navegación*, muy bien descrito por Beard, se caracteriza por la angustia epigástrica, vómitos frecuentes, dolor constrictivo occipital, hiperestesia de la vista, movimientos oscilatorios alrededor del eje longitudinal, debilidad física y moral, y disnea ó angustia respiratoria. Gozan de cierta inmunidad naopática los niños, los viejos y los sordomudos.

Consideramos oportuno hacer notar que las ascensiones aerostáticas no provocan nunca el vértigo.

Entre los millares de personas que ascendieron en el globo cautivo instalado en París, en la Exposición de 1889, no se registró un solo caso de mareo ó vértigo aéreo. Y entre las múltiples ascensiones de globos libres de que se tiene noticia, tampoco se conoce ninguna víctima de este penoso accidente.

Las *enfermedades nasales*, son otro foco de reflejos vertiginosos (M. Joal): el córiza agudo, el catarro crónico hipertrófico, los pólipos mucosos (1) y los parásitos en las cavidades nasales son las principales causas de ellos.

Se supone que la excitación se trasmite por el trigémino al ganglio esfeno-palatino y á los nervios vaso-motores, produciendo la isquemia circunscrita del cerebro y el vértigo.

Los excesos en la cópula producen frecuentemente vértigos. Es probable que la médula trasmita al bulbo y al cerebelo el agotamiento

---

(1) Estas enfermedades suelen provocar vértigos que pertenecen á la clase de los *vértigos reflejos patológicos*.

nervioso de que es víctima, y estos centros protesten con la ruptura de la equilibración.

B.—Como su nombre indica son *vértigos reflejos patológicos* aquellos que se producen por estímulo reflejo iniciado por determinadas entidades patológicas.

El tipo de ellos es el vértigo *gástrico*, descrito con profusión de datos por muchos autores y especialmente por Trousseau.

Sospecha fundadamente M. Charcot, que se abusa de esa denominación, incluyendo entre los gástricos gran número de verdaderos vértigos neurasténicos.

Al vértigo gástrico, producido y sostenido por multitud de trastornos y enfermedades del aparato digestivo, le acompañan dos síntomas propios á estas enfermedades: eructos y astricción. Los vómitos solo suelen presentarse cuando el vértigo surge después de una abundante comida.

M. Bouchard ha observado el vértigo en el 17 por 100 de los enfermos que tenían dilatación gástrica.

En la *tabes dorsal*, se ha visto al vértigo asociado á la marcha atáxica (Erb).

En las *parálisis de los musculos del ojo*, se produce el vértigo á causa de las falsas localizaciones del campo visual, así como por la movilidad que presentan para el enfermo todos los objetos que observa.

Las *neuralgias* y todos los dolores intensos son susceptibles de provocar en muchos individuos el vértigo, y aunque se ha supuesto que era producido por la enfermedad que acompañaba à la neuralgia (artritismo, gota, etc.), está demostrado que las diátesis dan lugar al vértigo tóxico, independiente del que suele acompañar al síntoma «dolor».

5.° *Tóxicos.*—Se llaman así los vértigos que son debidos á los efectos de sustancias ó enfermedades cuyos productos tienen acción electiva sobre los centros equilibradores.

A. Entre las *infecciones* febriles, figuran el *tifus*, la *grippe*, la *escarlatina* y el *paludismo*.

No se sabe si el vértigo es producido por la elevación térmica, ó como parece más racional, por la acción de las toxinas que elaboran los bacilos característicos de esas enfermedades.

Se ignora sobre cuales centros actúan éstos venenos orgánicos para ocasionar vértigos; sospechamos que sea el bulbo, como centinela avanzada, el responsable del episodio.

La *sifilis* da lugar algunas veces á un vértigo idéntico al de Menière.

B. Las diátesis son igualmente responsables de la provocación de vértigos. La gota, el artritismo, la diábetes y las enfermedades renales lo ocasionan con frecuencia.

El vértigo gotoso es el más notable de ellos. Cita el caso Van Swieten, de un hombre que durante dos años no podía tenerse en pie á causa de los vértigos que le acometían en esta posición, los cuales desaparecieron cuando sufrió un franco ataque de gota.

C. Entre las *intoxicaciones* propiamente dichas, encontramos, en primer término, el *respirar atmósferas confinadas*, teatros, iglesias, etcétera. La mezcla de las exhalaciones humanas, con el aire pobre de oxígeno y sobrado de ácido carbónico, produce marcados efectos vertiginosos en muchas personas obligadas á respirar esa atmósfera.

Este vértigo, que es de indudable origen tóxico, no debe confundirse con el llamado de las *multitudes*, que pertenece á los psíquicos.

El ácido carbónico y el óxido de carbono, producen iguales efectos vertiginosos, acompañados de pesadez de cabeza, latitud general y vómitos.

Accidentalmente han provocado el vértigo gran variedad de substancias: el alcanfor (Orfila), el arsénico (Desgranges), los colores de anilina (Bergeron), la antipirina (Fevre) y otras. Pero las substancias que con sus efectos fisio-terapéuticos y tóxicos producen más frecuentemente el vértigo son: las bebidas alcohólicas, el tabaco (la nicotina), el fenol, la morfina, la quinina, el ácido salicílico y los salicilatos, atropina, daturina, hiosciamina, veratrina, colchicina, digitalina, estricnina, cornezuelo de centeno, éter y cloroformo.

SINTOMATOLOGIA

El vértigo se presenta de ordinario súbitamente. El individuo nota nebulosidades en la vista y distingue más ó menos vagamente moverse ó girar los objetos que le rodean; el suelo sobre que se apoya carece de firmeza, y su cuerpo se balancea ó gira falto de estabilidad.

Puede reducirse el vértigo á los expresados fenómenos y pasar por completo, volviendo el individuo á la normalidad, y puede prolongarse y hasta acentuarse más, en cuyo caso busca instintivamente un apoyo para no caer, á pesar de lo cual si se prolonga la duración de su estado, cae al suelo, se cubre de abundante sudor, palidece y se descompone su semblante, todo lo cual se acompaña de ligeros trastornos visuales, zumbidos de oídos y vomituraciones más ó menos copiosas, según el contenido del estómago.

La *inteligencia* se conserva íntegra, así como la memoria, dándose el sujeto perfecta cuenta de todo lo sucedido.

El *pulso* y la *respiración* continúan normales.

En algunas ocasiones va precedido el ataque de vértigo de un aura que suele consistir en sensación de angustia, fosfenos, moscas volantes, zumbido ó silbido de oídos.

El vértigo comienza siempre por fenómenos subjetivos de sensación, á los que suelen seguir los objetivos de movimiento. Puede quedar reducido á los primeros y entonces se llama *sensación vertiginosa.*

Cuando el individuo advierte la inestabilidad de los objetos que le rodean—primer síntoma del vértigo—se apercibe en seguida de su inestabilidad propia. La noción de equilibrio perdido se impone á su cerebro con tal precisión que procura encontrar apoyo en los objetos ó personas que están más cerca, desconfiando de su estática propia. Todos los demás síntomas ó trastornos que acompañan al vértigo, cuando se prolonga su duración, son la consecuencia lógica de la desequilibración.

Han intentado darle explicaciones diagnósticas, relacionándolo con determinadas enfermedades, á la dirección en que se verifica la caída, y al movimiento oscilatorio ó rotatorio que la precede; pero nada positivo hay en este particular, que merezca formal discusión. Los enfermos que sufren vértigos, con frecuencia suelen caer en distintas direcciones. Tenemos la observación propia de un neurasténico, que durante seis meses fué atacado diariamente de vértigos, y, en los que producían la caída, que solían ser los de la mañana, se efectuaba aquélla en distintas direcciones.

Cuando el enfermo cae al suelo, el aparato motor queda desligado de la elevada dirección del sensitivo. El vago y tal vez los centros sudoríficos de la médula se interferencian, produciéndose la palidez é izquemia de la piel, así como los sudores viscosos, análogos á los agónicos. La pupila reacciona fisiológicamente y permanece normal.

Los vértigos son más frecuentes en determinada clase de vértigos, como en el mareo naútico, el alcoholico, el nicotínico, etc. En los animales no existen; y en el hombre son producidos, sin duda, por el reflejo á que da lugar la relación directa establecida entre el pneumático y el bulbo.

Puede haber en algunos casos cierta obnubilación de la inteligencia, pero el enfermo conserva *siempre* la conciencia y la memoria de su episodio, pudiendo después de pasado, referir con nímios detalles todos los fenómenos subjetivos y objetivos, con mucha más precisión que cualquier testigo presencial, aunque éste fuese médico.

Los casos en que el vértigo va acompañado ó seguido de pérdida de conocimiento, como el mal llamado vértigo laríngeo (Charcot) ó en los ataques de epilepsia menor, en los que el enfermo pierde la noción de tiempo y la memoria de lo acaecido, constituyen verdaderos síncopes y no están dentro del objeto de este trabajo.

El vértigo se presenta por accesos, ordinariamente de escasa duración—de algunos segundos ó algunos minutos;—sin embargo ciertos enfermos sufren durante mucho tiempo lo que se llama sensación vertiginosa, que, como su nombre indica, es sólo una sensación subjetiva ó incipiente del fenómeno, que no llega á desarrollarse por completo. Es lo que algunos llaman vértigo crónico ó habitual (Blocq y Onanoff).

Está demostrado que todos los indivíduos no están igualmente predispuestos á sufrir vértigos en igualdad de circunstancias. Algunos gozan de una especie de inmunidad que puede desaparecer por causas traumáticas.

Los niños y los sordo-mudos, disfrutan de una inmunidad casi absoluta.

Es muy limitado el número de animales que sufren vértigos.

PATÓGENIA

En el estudio de la génesis del vértigo se han engolfado muchos neurólogos, fisiólogos y clínicos, siguiendo caminos distintos y emitiendo hipótesis diferentes; demostrando con ello la profunda obscuridad que reina en ese intrincado dédalo que constituyen los centros nerviosos.

Lussana (1858) considéraba á la vista, el oído y el tacto, como sentidos que, unidos al cerebelo por los pedúnculos cerebelosos, nos dan perfecta idea de nuestra posición y de la de los demás cuerpos en el espacio. Consideraba al cerebelo como centro del sistema muscular.

Eichhorrst, cree que el vértigo tiene su asiento en el cerebelo, lo que no consigue demostrar.

Luciani, concede al cerebelo una acción esténica, tónica y estática, y, por consiguiente sus lesiones dan lugar á la atonía, asténia y astasia, manifestada por los aparatos neuro-musculares.

Esta opinión ha sido desechada por fisiólogos y clínicos.

Nothnagel, demostró que en las afecciones más graves del cerebelo, permanece intacto el sentido muscular.

La importancia etiológica de los conductos semicirculares la han patentizado Fluorens y Goltz (1870) con los sugestivos experimentos

practicados en animales. Las conclusiones solo adolecen de exclusivismo.

Posteriormente explicó Claudio Bernard (1877) como se forma la idea de la orientación y de la pos.ción de los cuerpos en el espacio, achacándolo al mecanismo y frotación de los filetes terminales del acústico con los otolitos de los conductos semicirculares.

Ampliando Cyon y Duval (1883) las experiencias de Fluorens, dedujeron que, «las sensaciones provocadas por la excitación de las terminaciones nerviosas de las ampollas, sirven para darnos noción de las tres dimensiones del espacio. Las sensaciones de cada conducto semicircular corresponden á cada una de estas dimensiones. Con la ayuda de éstas sensaciones puede formarse en nuestro cerebro la representeción de un espacio ideal, al cual se adaptarán todas las percepciones de los otros sentidos, referentes á la disposición de los objetos que los rodean y la posición de nuestro cuerpo entre éstos objetos».

Por éste razonamiento casi metafísico pretendió construir Cyon lo que denominó *sentido del espacio.*

¡Lástima que ésta seductora hipótesis no pueda resistir el más ligero examen crítico!

Los conductos semicirculares es indudable que juegan importante papel en el acto de la equilibración; pero ni son los únicos que la producen, ni puede negarse la marcada influencia de otros centros. En la tabes dorsal, en algunas parálisis histéricas, en las esclerosis en placas, en las parálisis sugestivas y en otros casos más, falta el sentido ó noción de posición del cuerpo, á pesar de la integridad de los conductos semicirculares, y para adquirir esa noción, basta en estos casos el sentido de la vista y el del tacto.

Wakes sostiene que los vértigos son producidos por trastornos circulatorios del oido interno. Mackenzie y Pasker, rebaten y destituyen de valor esa teoría.

Queda en pie el magnífico estudio de Menière asociando el vértigo que lleva su nombre á las lesiones del oído interno, y demostrando las relaciones de causalidad existentes.

Cardarelli (1889) describió una forma de vértigo dependiente de la excitación galvánica del vago en el cuello. Más que vascular, como supone, parece bulbar la causa de este vértigo.

Para Mendel es el aparato visual el iniciador de todos los vértigos, fundándose en que cerrando los ojos se abrevian y hasta se suprimen muchos. Se olvida Mendel de que el vértigo giratorio, el de Menière, los tóxicos y otros muchos, no dejan de presentarse aunque se tome la precaución indicada.

Erb supone la existencia de órganos bilaterales de percepción y recepción para las impresiones centrípetas, necesarios para el mantenimiento del equilibrio del cuerpo, y que la excitación desigual de uno de esos órganos produce el desequilibrio y la sensación de inestabilidad en el espacio.

La existencia de esos órganos simétricos, que á manera de balanza mantienen el equilibrio, no se ha podido demostrar.

Babinsky ha estudiado con gran detenimiento el vértigo galvánico, deduciendo de sus experimentos que se produce más fácilmente cuando la corriente atraviesa el oído interno y el cerebelo.

Buzzard coloca el asiento del vértigo en el bulbo, sosteniendo que hasta los auditivos tienen origen bulbar.

Y por último, Silvagni estudia tan magistralmente las manifestaciones fenomenales que acompañan al vértigo, que es lástima que no haya profundizado más en su génesis, donde seguramente hubiera encontrado motivos científicos para ejercitar sus talentos.

Estudia en el vértigo la sensación de apariencia de movimiento y el movimiento real.

La serie de sensaciones que regulan nuestras relaciones con el mundo exterior son agrupadas como sensaciones del espacio. En el vértigo se pierde este sentido del espacio.

Y la serie de movimientos independientes de sus relaciones corticales, constituyen el movimiento automático. Ejemplo, la locomoción.

El vértigo no puede sobrevenir más que cuando todos los órganos periféricos de sensación nos dan armónicamente la idea de una falsa posición en las relaciones con el mundo exterior. Es, por tanto, el vértigo una anómala orientación.

La representación del espacio que contínuamente nos formamos es, como dice Helmoltz, resultado de un razonamiento inconsciente, constituído por sensaciones y recuerdos de sensaciones. En el vértigo tenemos la sensación subjetiva de la falsa posición en el espacio.

El vertiginoso tiene siempre conciencia de su estado; cuando la pierde deja de llamarse vértigo.

Define Silvagni el vértigo diciendo que «es la sensación consciente de la perversión del sentido del espacio, acompañada de transitoria excitación dè los elementos nerviosos que sirven para recoger, trasmitir y elaborar las sensaciones del espacio y que puede ser provocado por alteraciones circulatorias, por acción de substancias tóxicas y por la misma extenuación de los mismos elementos nerviosos».

Es esta una definición descriptiva algo ampulosa, sobre todo al mencionar «los elementos nerviosos que sirven para recoger, trasmitir y elaborar las sensaciones del espacio».

¿Cuáles elementos nerviosos son esos?

Verdaderamente, Silvagni abandona el estudio del vértigo sin haberlo terminado de estudiar.

Hoy se tiende, en general, á localizar en la corteza cerebral el centro generador del vértigo,—giro-fornicato, Fenier,—en el lóbulo parietal (Nothnagel), y en la zona psico-motiva (Bastian, Landois, Allen Starr y Mc. Cosh).

EQUILIBRACION

Para que un cuerpo permanezca en equilibrio, es indispensable que la vertical de su centro de gravedad caiga dentro de la base de sustentación.

Esta es una ley física, á la cual no se sustrae ningún cuerpo.

Pero el cuerpo vivo tiene muchos puntos movibles, las articulaciones, y muchos factores sinérgicos, los músculos y los centros nerviosos, que tienen que ponderarse exactamente para mantener el equilibrio.

Es tan compleja la posición bípida, que sólo por la costumbre de mantenerla diariamente y verla en los demás semejantes, no nos impresiona y admira.

En honor de la brevedad diremos que los planos musculares anterior, posterior y laterales del cuerpo, son los que, en función tónica voluntaria y consciente, se compensan recíprocamente para el mantenimiento del equilibrio fisiológico. Con esta idea general nos basta para el objeto que nos proponemos.

Pero esos planos musculares se contraen colectiva ó individualmente, según la excitación ú orden que reciben por sus respectivos nervios.

Y estos nervios, á su vez, no hacen más que cumplir el mandato que surge de uno ó varios centros cerebrales.

Debemos, pues, hacer una excursión, aunque somera, por el sistema nervioso, deteniéndonos sólo á examinar las relaciones anatomo-fisiológicas de los principales centros que influyen más ó menos directamente en la *producción* y *sostenimiento* de la equilibración.

El sistema nervioso es la expresión más perfecta de la materia viva, y por tanto, el encargado de presidir las más nobles funciones del organismo.

Desde el movimiento casi automático é instintivo de llevar el alimento á la boca hasta la concepción subjetiva del *yo* consciente, hay tal multiplicidad de actos y funciones dirigidos por el sistema nervio-

so que, con fundamento han pretendido algunos filósofos buscar el alojamiento al alma en alguno de sus importantes centros.

Este sistema recoge del exterior, por medio de sus aparatos perceptores, multitud de excitaciones diferentes, transformándolas después de clasificadas en armónicas energías motrices.

Para ello cuenta con delicadísimos aparatos y órganos en los que entra como expresión elemental la *célula*.

La célula ó corpúsculo nervioso consta de una porción central, la más voluminosa, el *soma*; de prolongaciones protoplasmáticas, *apéndices dendríticos*, y de expansión nerviosa, *axón*. El conjunto se llama *neurona*.

El axón suele ser único, mientras que los apéndices dendríticos suelen ser numerosos.

La función de aquel es celulífuga, la de éstos celulípeta.

Toda neurona posee: un *aparato de recepción*, el cuerpo y expansiones protoplasmáticas; un *aparato de conducción*, el cilindro eje, y un *aparato de aplicación ó de emisión*, la arborización terminal varicosa de la expansión funcional (S. R. Cajal).

La polarización dinámica celular se efectua siempre en el mismo sentido en el *hombre vivo y normal*.

La relación establecida en dos cadenas de neuronas que se tocan en un punto, aseguran la vía de comunicación entre la periferia y el cerebro y vice-versa.

Se ignora si la onda nerviosa se trasmite y propaga automáticamente.

Lo que si puede asegurarse, es la proporcionalidad existente entre la impresión y la trasmisión. Mientras más dendritas aporten á un soma iguales impresiones, mayor onda nerviosa caminará por el axón de la misma (Cajal).

También se sabe que las trasmisiones poseen vías preferentes para efectuarse normalmente, y son las más cortas; y vías auxiliares para trasmisiones complejas ó complementarias. Las células que forman las cadenas de éstas vías, cumplen una misión casi automática. Los gánglios interpuestos en su camino, son los que modifican y adoptan la trasmisión á las necesidades de oportunidad orgánica.

Cuando la *avalancha de conducción* difunde la onda nerviosa, la función receptora y la función centrífuga se complican dentro de la armonía funcional.

Médula espinal.—Alojada en el ráquis, viene á constituir la médula una prolongación del encéfalo, con el que se relaciona directamente por intermedio del bulbo.

Su autonomía en determinadas funciones, y su importancia trasmisora en todos los casos, confirman su elevada gerarquía.

La médula consta de dos mitades simétricas longitudinales, evidenciadas por los surcos anterior y posterior.

De cada una de éstas mitades emergen las raices anteriores y posteriores, circunscribiendo tres porciones que se llaman cordones, anterior, lateral y posterior.

En el *cordón anterior* se suele apreciar un surco que lo divide en dos segmentos, uno interno ó fascículo de Türk, y otro externo ó porción fundamental del cordón anterior.

El *cordón posterior*, ofrece otro surco en la región cervical y parte superior de la dorsal, limitando otros dos segmentos: el externo se llama fascículo de Burdach, y el interno, de Goll.

La conformación exterior de la médula, no prejuzga la unidad funcional de cada una de sus porciones.

La médula está constituída por sustancia gris central, rodeada de substancia blanca. Las raíces que emergen de la médula dan su forma especial á la sustancia gris.

Las excitaciones de los movimientos voluntarios procedentes de la vía piramidal de la corteza cerebral, se trasmite por axones directos y laterales que conservan su autonomía durante su trayectoria cerebral y protuberancias, para dividirse en el bulbo en dos vías homólogas y tal vez complementarias y suplementarias; una se distingue claramente delante y por dentro del cordón anterior y se llama *fascículo directo ó de Türk*, y el otro que se entrecruza con el del lado opuesto en el bulbo y va á situarse delante del asta posterior, formando parte del *cordón lateral*, designado con el nombre de *vía piramidal cruzada.* Esta vía se prolonga hasta la parte más inferior de la médula lumbar, mientras que el fascículo de Türk se desvanece hacia la mitad de la región dorsal.

En el cordón lateral, por fuera del haz piramidal cruzado, se sitúa el fascículo de Flechsig, vía ascendente que tiene su orígen en las columnas de Clarke.

El fascículo de Gouwers es otra vía ascendente que, según Van Gehuchten, está encargada de las transmisiones dolorosas y térmicas.

Estos dos fascículos aparecen salpicados de fibras degeneradas cuando se extirpa parcial ó totalmente el cerebelo, lo que hace sospechar su comunicación directa con los corpúsculos de Purkinje.

El *cordón anterior*, está constituído por el fascículo fundamental anterior. La mayor parte de sus fibras representan vías cortas homeo-

laterales, nacidas de las células funiculares de la substancia gris del mismo lado, excepto el *haz marginal anterior*, que consta de vías largas que pueden llegar hasta el bulbo (Loewenthal).

El *cordón posterior*, está formado por vías ascendentes y descendentes sensitivas. El fascículo de Burdach constituye la mayoría de la masa de este cordón. El de Goll, emplazado junto à la cisura posterior, se muestra en las tres porciones de la médula y en el bulbo, constituyendo las vías largas de las raíces posteriores ó sensitivas.

Las *raíces posteriores*, representan la prolongación central de los ganglios raquídeos.

La identidad extructural de todos los ganglios sensitivos, tanto medulares como craneales, había sido sospechada por diferentes histólogos, pero S. R. Cajal, en 1891, fué el primero que la estableció con sus estudios sobre el ganglio de Gaserio.

Desde esa fecha se sabe que toda célula ganglional consta de tres órganos ó segmentos de conducción: el *soma* situado en el ganglio, la *expansión central* constitutiva de la raíz posterior de la médula, y la *expansión periférica*, acabada en la piel, en las mucosas ó en los músculos y tendones, mediante arborizaciones ó ramificaciones libres. Bajo la primer forma se efectúa en los epitelios de la piel y mucosas; y de la segunda en los husos de Kühnc de los músculos, en los órganos músculo-tendinosos de Golgi, en los de Krause, Merkel, Meissner y de Pacini.

La *expansión central* del ganglio, penetra en el cordón posterior de la médula, donde se bifurca en una rama ascendente y otra descendente.

La radicular descendente no se ha podido precisar el curso que sigue; se sospecha que varía en los diferentes segmentos de la médula, siendo externa en la región cervical é interna en la lumbar. También se crée que su longitud es variable, para satisfacer las necesidades reflejas desde diferentes alturas.

Las radiculares ascendentes se comportan con arreglo á la ley de Kahler, según la cual ocupan planos tanto más extensos cuanto más alto se halla el ganglio sensitivo de que proceden.

Las radiculares más largas se concentran exclusivamente en el cordón de Goll, y las más cortas, ó sean las procedentes de las regiones cervical y dorsal, en el cordón de Burdach.

Estos dos cordones recogen, pues, las excitaciones; el primero, las de los nervios de las extremidades inferiores y porción inferior del tronco, y el segundo, las de la parte superior del mismo, cuello y extremidades superiores.

Un nuevo sistema, ó cadena de neuronas, recoge estas excitaciones para conducirlas á los focos motores de la corteza cerebral.

Las *raíces anteriores* ó motoras, surgen del cordón anterior de la médula. Están formadas por una serie de axones, cuyas dendritas y y somas se relacionan directamente con otros corpúsculos motores de distintas procedencias y direcciones.

En virtud de estas relaciones, hoy perfectamente estudiadas, se sabe que estas expansiones dendríticas de las neuronas radiculares motoras, se encadenan con axones *internos* ó *comisurales*, asegurando la comunicación de los dos cordones anteriores de la médula; *anteriores*, situadas en la porción más anterior del mismo cordón; *externas y posteriores*, que se pierden en el asta anterior, y *verticales*, que establecen amplia comunicación ascendente y descendente.

La existencia racional de la vía *sensitivo-motora*, sospechada por muchos anatómicos y afirmada por todos los fisiólogos, no había podido demostrarse histológicamente. Al insigne S. R. Cajal en 1894 cupo la gloria de llenar esta laguna con sus conciezudos trabajos y su ilustrada laboriosidad.

En efecto, esa multiplicidad de conexiones existentes entre los corpúsculos motores entre sí, así como con las vías cortas y largas, exigía encontrar lo que reclamaba el fisiologismo de la función refleja, esto es, la comunicación entre las astas posteriores y las anteriores.

Este lazo, según Cajal, lo constituyen las fibras que, partiendo de la zona radicular media, cerca de la bifurcación de las fibras sensitivas cruzan la porción más intensa de la substancia de Rollando, el vértice y base del asta posterior, caminando á través de la substancia gris central, hasta llegar al asta anterior, donde se diseminan en abanico, penetrando en el foco motor y ramificándose alrededor de los somas y dendritas radiculares anteriores, con las que conservan manifiesta relación.

De todo lo sucintamente expuesto, resulta que: la médula es una vía positiva de transmisiones *centrípetas* y *centrífugas*, y que además posee cierto automatismo manifestado en sus actos *reflejos*.

Las transmioiones centrípetas, parten de la periferia, penetran siempre por las raíces posteriores, donde, ó siguen la vía ascendente por el cordón de Goll, como camino más directo para llegar á las regiones superiores del cerebro, ó el del fascículo de Gouwers, si la impresión es dolorosa ó térmica. Puede también seguir la vía sensitivo-motriz, para traducirse en función refleja, en cuyo caso se simplifica el mecanismo transmisorio.

Cuando la impresión sigue la vía larga y llega al cerebro, se trans-

forma la energía sensitiva en energía motriz, y surge la corriente centrífnga, la cual posee dos ámplios caminos: el *directo* (vía piramidal propiamente dicho) y el indirecto (vía cerebro-ponto-cerebeloso-medular).

Se cree (Thomas, Lugaro, Cajal) que en toda transmisión motora hay una colaboración cerebelosa interventora y modificadora de todos los movimientos. Es cecir, que toda neurona motriz recibe simultáneamente la influencia cerebral y la cerebelosa. Y que en toda transmisión sensitiva, hay otra colaboración, más desconocida y misteriosa, también del cerebelo.

Las fibras que parten de las columnas de Clarke y ascienden por el cordón lateral al cerebelo, se ignora donde terminan; pero es de suponer que el cerebelo reciba noticias sensitivas (tal vez las emanadas de los husos de Kühne, de los órganos músculo-tendinosos de Golgi, y de los corpúsculos de Pacini) para poder ejercer cumplidamente su misión coordinadora motriz.

Bulbo.—El bulbo se limita por abajo con el entrecruzamiento ó decusación de las pirámides, y por arriba con el borde posterior de la protuberancia. Por su forma, situación y estructura, representa la terminación superior de la médula espinal, en la que se han dislocado algunos de sus elementos, dando origen á otros nuevos característicos. El bulbo es el obligado lazo de unión entre la médula el cerebro y el cerebelo.

Las substancias blanca y gris, guardan en la parte inferior del bulbo análoga relación que en la médula, por más que ya empiezan á indicarse las grandes dislocaciones que más arriba sufren.

La presencia de nuevos núcleos nerviosos, el cambio y decusación de las vías motora y sensitiva, la aparición de vías transversales y la creación de vías robustas sensitivas y sensoriales, dan al bulbo carácter y morfología especial que lo distancian extraordinariamente de la médula, en su funcionalismo.

Los núcleos de Goll, de Burdach, de Claske y los olivares, son los principales focos grises ó estaciones intermediarias; los cuales ligados por las fibras arciformes, establecen comunicación recíproca, para recibir las trasmisiones medulares, armonizarlas con las sensoriales que al bulbo concurren, reespedir la onda nerviosa al cerebelo, protuberancia y cerebro, para recibirla de éste transformada en orden motriz y conducirla convenientemente modificada á la médula para su exacto cumplimiento.

En el bulbo se originan también ciertos reflejos concertados y algunos movimientos automáticos como la locomoción.

Protuberancia.—Llamada también puente de Varolio, es un voluminoso ganglio situado entre el cerebro, cerebelo y bulbo.

Los núcleos de substancia gris que posee y las comunicaciones que establecen sus fibras con los referidos centros, dan suma importancia á este ganglio.

En efecto, las fibras procedentes del bulbo se internan en la protuberancia para relacionarse con los núcleos grises.

Las transversales, perfectamente estudiadas por Cajal, van á constituir los pedúnculos cerebelosos medios.

Y las verticales, unas se dirigen al cerebro y otras al descender se bifurcan en su mayoría para formar la doble vía directa ó piramidal é indirecta ó cerebelosa de que ya hemos hablado.

Además de los núcleos grises que dan origen á los diferentes nervios craneales, contiene la protuberancia otros peculiares, como el núcleo pre-olivar (Cajal), los mínimos y otros de menos importancia.

La célula musgosa descubierta por Cajal en estos núcleos, dan carácter de originalidad á la función á que se destinan.

Es muy antigua la creencia de que la protuberancia regula los movimientos de la locomoción.

La decusación de sus fibras longitudinales efectúa la trasmisión cruzada.

Los núcleos propios que contiene y la relación directa que establece con el cerebro, cerebelo y bulbo, obligan á concederle esa indudable misión cordinadora de las excitaciones centrípetas y centrífugas.

También se admite en ella la existencia de un doble centro ordenador de los movimientos de los ojos en la visión binocular.

Según algunos autores, la exagerada excitación de la protuberancia produce convulsiones clónicas á diferencia de las del bulbo que son tónicas. Si esto se confirmase, la misión de cada uno de estos centros sería opuesta y complementaria para la equilibración.

Tubérculos cuadrigéminos.—Son núcleos de substancia nerviosa, situados encima de los pedúnculos cerebelosos superiores y de las cintas de Reil, delante de la válvula de Viussens, y detrás del tercer ventrículo.

Son cuatro dispuestos con cierta simetría separados por un surco crucial. Los *nates* ó anteriores son grises y los *testes* ó posteriores de un matiz más claro y algo más pequeños.

Estos focos nerviosos han sido objeto de concienzudas investigaciones por anatómicos é histólogos (Held, Kölliker, P. R. Cajal y S. R. Cajal) tanto para conocer su naturaleza como para estudiar la dirección y conexiones de sus fibras.

Se ha comprobado lo que ya de antiguo se sospechaba, esto es, que los tubérculos posteriores reciben importantes corrientes de la vía acústica, por intermedio de los cuerpos geniculados internos, que son por sus núcleos grises especie de estaciones intermediarias. Y los tubérculos anteriores, reciben fibras ópticas, por medio de los cuerpos geniculados externos.

Estas centrípetas bien definidas, han servido de base para investigar las centrífugas.

En el tubérculo posterior ó distal, cuando las fibras arriban á las células estrelladas (Cajal) de este centro, se bifurcan muchas de ellas, enviando una rama al tálamo óptico unas y otras al tubérculo homólogo.

En el tubérculo anterior nacen fibras que marchan hacia el núcleo rojo, descienden después hasta la protuberancia, donde se colocan por dentro del lennisco lateral ó vía acústica central, y otras abrazan al bulbo, perdiéndose en el espesor de la sustancia reticular gris. En todo ese trayecto, emiten colaterales, que se distribuyen por la sustancia reticular de la calota, y tal vez, como suponen Held y van Gehuchten, alcanzan los núcleos motores del globo ocular.

La misión funcional de los tubérculos cuadrigéminos es muy compleja. Fundándose en las relaciones que mantienen con las fibras y núcleo rojo de la calota, y los nervios óptico y acústico, sospecha el Dr. Gómez Ocaña, que son estaciones intermediarias entre los conductores y los centros, para la coordinación de los movimientos, no solo por la determinación comparativa que la vista ejerce, sino también por las trasmisiones laberínticas que recibe.

Cerebelo.—Es un voluminoso centro nervioso situado debajo y detrás del cerebro, entre la prolongación occipital de éste, el bulbo y los tubérculos cuadrigéminos.

Consta de tres segmentos ó lóbulos: el vérmis ó lóbulo medio, y dos hemisferios laterales. Tiene además seis prolongaciones ó pedúnculos que lo relacionan directamente con los centros vecinos: dos superiores que se unen al cerebro, dos medios que se pierden en la protuberancia y dos inferiores que terminan en el bulbo. Con la médula se comunica también por el manojo cerebeloso directo y el descendente de Marchi.

En el cerebelo la sustancia gris es periférica en general, á excepción de algunos pequeños núcleos centrales, como los de Stilling, los olivares y los olivares accesorios.

En esta sustancia existen elementos nerviosos característicos, como

son las células de cesta de Retzius, las de Purkinje, las de axón corto de Golgi y otras menos importantes,

En la sustancia blanca, ha descubierto S. R. Cajal, dos variedades de fibras que denomina *musgosas* y *trepadoras*.

La investigación de la importante función cerebelosa, ha sido objeto, dedicando preferente atención, de los estudios de los más eminentes fisiólogos.

Los experimentos practicados por Fluorens (1828), han sido repetidos y comprobados por multitud de fisiólogos, demostrando con ellos la decisiva influencia del cerebelo en la coordinación de todos los movimientos.

Se ha pretendido (Fluorens, Longet), exagerando la influencia de este centro, que el aparato de equilibración era independiente del cerebro, fundándose en vivisecciones practicadas en ranas y palomas á las que privaron de los hemisferios cerebrales y conservaron su equilibrio y marcha ordinaria.

Que el cerebelo es un centro esencialmente motor no admite hoy duda alguna.

Al cerebelo llegan corrientes centrípetas por diversos caminos (pedúnculos cerebelosos medios, pedúnculos cerebelosos inferiores y vía vestibular), y salen sólo probablemente por el pedúnculo cerebeloso superior y sus dos grandes derivaciones.

El *pedúnculo cerebeloso superior*, ó al menos la inmensa mayoria de sus fibras, proceden de la oliva cerebelosa homolateral, y, después de cruzar por el plano superior de la protuberancia, se divide en dos manojos desiguales: el superior, *pedúnculo cerebeloso superior propiamente dicho*, y el inferior ó descendente, que es, según recientes investigaciones de Cajal, la via descendente de Marchi. Las fibras que siguen esta vía, se articulan, unas con los núcleos del bulbo, y otras continúan su trayecto hasta la médula, donde se encuentran en el cordón ántero lateral.

Las fibras del manojo ascendente ó pedúnculo cerebeloso propiamente dicho, se diseminan en semicírculo en las vecindades del tubérculo cuadrigémino posterior, donde se cruzan con las del opuesto, para seguir la dirección sagital y perderse en la substancia reticular por fuera del fascículo de la calota de Gudden. Algunos tubos parece que continúan hasta el tálamo óptico.

Los *pedúnculos cerebelosos medios* están constituídos por axones, en su mayoría decusados, procedentes de las células de los núcleos protuberanciales. Muchas de las fibras pedunculares se bifurcan enviando su rama interna al vermis y la externa al lóbulo lateral.

Esta especial disposición, descubierta y estudiada por Cajal, permite conocer los diferentes territorios cerebelosos, tanto del vermis como de los hemisferios, que reciben las excitaciones protuberanciales.

Los *pedúnculos cerebelosos inferiores* están constituídos por dos categorías de fibras aferentes: el fascículo cerebeloso directo ó vía de Flechsig, y la vía olivo-cerebelosa, cuyas fibras se dividen diferentes veces para terminar relacionándose íntimamente con las dendritas de los granos cerebelosos.

En el pedúnculo cerebeloso inferior penetra el *manojo vestibular cerebeloso,* que ha sido perseguido con afortunado ahinco por el sabio S. R. Cajal, logrando averiguar que asciende en gruesos haces plexiformes, en cuyas mallas longitudinales se alojan pléyades de neuronas continuadas con las del núcleo de Bechterew, y con las del foco del techo. Estas fibras se remontan hasta las láminas cerebelosas (vermis y lóbulos) para perderse definitivamente en la corteza.

La influencia directa que el cerebelo ejerce en la función equilibradora es indiscutible.

Al cerebelo afluyen corrientes por los pedúnculos cerebelosos medios, por los inferiores y por la vía vestibular.

Estas corrientes llegan hasta las células de Purkinje, olivar del émbolo, del techo, etc., hasta alcanzar las prolongaciones del pedúnculo cerebeloso superior, donde se propagan al cerebro para descender transformadas en excitaciones motrices por las ramas del pedúnculo cerebeloso superior, vía olivo-rubro-talámica, vía olivo espinal y raiz anterior.

Las lesiones del vermis trastornan la equilibración aute-posterior, y las de los lóbulos de la lateralidad. Explica ésto Cajal, suponiendo que las fibras vestibulares representantes del conducto semicircular tranversal, terminan exclusivamente en los hemisferios, y que las procedentes del antero-posterior lo hacen en el vermis.

La corriente sensitiva cerebelosa se propagará de la manera siguiente: la excitación llegada á los ganglios raquídeos, seguirá la columna de Clarke, continuará por el fascículo cerebelar de Flechsig, al llegar al cerebelo se quebrará en varias corrientes derivadas, que alcanzarán la corteza cerebelosa por intermedio de las fibras musgosas, las dendritas de los granos, para salir por el axón bifurcador de éstos y alcanzar el penacho dendrítico de las células de Purkinje.

Esta corriente que ha sido reforzada y modificada, durante su trayectoría, con las descargas de numerosos granos intercalados en su camino centrípeto, da orígen á una nueva corriente (la centrífuga) que surge del axón de las células de Purkinje, á los focos cerebelosos

centrales, los corpúsculos de orígen del pedúnculo cerebeloso superior, para descender por la via de Marchi á los focos motores del bulbo y de la médula.

El *impulso motor voluntario*, surge por mecanismo en absoluto desconocido, de la región psico-motriz de la corteza, mediante la colaboración de las células de sus focos grises, de donde se propaga á los núcleos grises de la protuberancia, que lo trasmite al pedúnculo cerebeloso medio, á las células de Purkinje para ganar la vía descendente de Marchi.

Cuerpo estriado.—Se considera desde muy antiguo como íntimamente ligado al sistema motor.

El cuerpo estriado recibe, según Luys, tres especies de fibras: unas procedentes de la sustancia gris de las circunvoluciones cerebrales, que llama córtico-estriadas; otras que parten hacia las porciones motorosas de la médula, y otras que proceden de los pedúnculos cerebelosos y se unen á las anteriores en el cuerpo estriado, donde forman una serie de canales que se comunican entre sí.

La función del cuerpo estriado debe ser muy importante dadas las relaciones directas que mantiene con el cerebro, cerebelo y médula. Sospecha Meyner que es un gánglio del cerebro, cuya misión es ejecutar las órdenes procedentes de los centros corticales.

Los experimentos practicados por Fenier, Carville y Duret han demostrado que las excitaciones de un cuerpo estriado, producen exaltación en los movimientos del lado opuesto, y que la destrucción de ambos cuerpos estriados, ocasiona gran debilidad y paresia de los miembros.

Conductos semicirculares.—E. Weill, ha hecho un estudio muy completo de los conductos semicirculares, considerándolos como factores principalísimos de lo que él llama «aparato de equilibración». Este aparato lo constituyen con el cerebelo, los pedúnculos cerebelosos y los conductos semicirculares.

Para el minucioso estudio que hace del vértigo de Menière, no ha necesitado más elementos. No obstante describe un nervio especial, que se separa del auditivo, al cual está unido en una gran parte de su trayecto, el cual termina, según Stiada y M. Duval, en unas raices particulares que rodean el cuerpo rectiforme. Stephani y Weiss han visto, después de la destrucción de los conductos semicirculares, una degeneración de las células de Purkinje de las tres circunvoluciones posteriores del cerebelo y del cordón blanco (ramo auditivo).

Ese nervio que no es otro que el *vestibular*, se separa del *coclear*, (juntos forman el acústico) al penetrar en el bulbo.

El nervio vestibular reconoce como foco de origen el ganglio de Scarpa, situado en el espesor del peñasco (His, Retzius, Cajal).

Las células bipolares de este ganglio, envian su expansión externa ó periférica á los conductos semicirculares, donde termina en arborizaciones libres.

La expansión interna que forma el cordón nervioso, penetra en el bulbo por delante del cuerpo rectiforme y se termina en cuatro focos bien conocidos hoy: núcleo dorsal ó principal, núcleo de Deiters, núcleo de Bechterew y núcleo descendente. Ha demostrado Thomas, por el método de las degeneraciones, la penetración en el cerebelo de las fibras vestibulares.

Este nervio llamado por Cyon, del espacio, es el que trasmite al cerebro esta idea, después de recibir la adecuada impresión por medio de los conductos semicirculares.

Para Cyon, estos conductos son los órganos periféricos del *sentido del espacio*, fundándose en que, después de los numerosos experimentos practicados por Fluorens, Brown-Sequard, Lawenberg, Laborde, Goltz y otros muchos, se considera autorizado para asegurar, que dada la disposición anatómica de los tres conductos, éstos corresponden y trasmiten cada una de las tres dimensiones de los cuerpos en el espacio, llevando al cerebro la expresión sintética de la verdadera posición de cada cuerpo.

Es ingeniosa la hipótesis de Cyon, á pesar de prescindir de los sentidos de la vista y tacto, indispensables para complementar la idea de *espacio*.

Los conductos semicirculares, son indudablemente importantísimos órganos que contribuyen en la inmensa moyoría de los casos á la función equilibradora.

Encerrados en el estuche óseo que les forma el peñasco, y constituídos ellos mismos por sustancia ósea revestida de periostio, guardan en su interior, cada uno, otro conducto membranoso de igual forma, que bañado de líquido exteriormente (perilinfa) lo proteje y defiende de los traumatismos que pueda sufrir contra la pared ósea. Estos conductos semicirculares membranosos, están llenos de otro líquido (eudo-linfa), en el cual flotan los filetes nerviosos terminales, de cada uno de los tres ramos, procedentes de la rama vestibular del auditivo.

En la endo-linfa existe en suspensión una substancia calcárea pulverulenta (otolitos), que viene á aumentar la superficie de contacto, frotando contra las pestañas de las neuronas sensoriales. Si recordamos la posición de los tres conductos, y tratamos de investigar su de-

licada misión fisiológica, tenemos que aceptar como buenas las hipótesis emitidas, prescindiendo de su marcada tendencia á la localización individual de la función equilibradora.

Utilizando Menière los experimentos de Fluorens, ha hecho un acabado estudio del vértigo que lleva su nombre; demostrando la relación de causa á efecto existente entre las lesiones del laberinto y el vértigo.

James ha provocado el vértigo en 519 sordomudos por medio de la influencia de la rotación sostenida, no logrando conseguirlo en 186; mientras que 200 individuos sanos sometidos á igual experimento, todos sin excepción fueron afectados de vértigo.

Las deducciones que se desprenden, son buena prueba del importante papel que desempeñan los conductos semicirculares.

En el vértigo por rotación, hay también una influencia cerebral, originada por el aparato de la visión. Así la inmunidad relativa de los sordomudos disminuye grandemente, cuando conservan los ojos abiertos durante el experimento de rotación.

El vértigo rotatorio se puede provocar en los animales, aún después de la destrucción de los conductos semicirculares.

La prematura aparición de estos conductos en los animales, y el perfecto desarrollo que adquieren en los peces (Gómez Ocaña), así como su directa relación con la vejiga natatoria, demuestran su marcada importancia para la equilibración.

*
* *

En resumen: tenemos á la *médula espinal* que recibe por sus raíces posteriores multitud de excitaciones periféricas. Transmite unas á los centros superiores, y otras las adapta á las necesidades reflejas, emitiéndolas transformadas en energías motrices, por sus raíces anteriores. Por estas mismas raíces emergen las ondas nerviosas motoras que descienden de los otros centros.

El *bulbo* modifica en sus nucleos grises la corriente centrípeta, distribuyéndola entre cerebro, el cerebelo y la protuberancia, y recibe y refuerza la onda centrífuga al conducirla á la médula. También concierta reflejos y dirige algunos movimientos automáticos.

La *protuberancia*, ó punto de conjunción del cerebro, cerebelo y bulbo, es la estación principal donde nacen las más importantes transmisiones cerebelosas qué se dirigen al cerebro como autoridad suprema y al bulbo como subalterno obligado al cumplimiento de un deber.

Su principal y peculiar misión es moderar las corrientes que la cruzan.

Los *tubérculos cuadrigéminos*, son estaciones que reciben sus órdenes por los nervios óptico y acústico, para transmitirlas al cerebro debidamente coordinadas.

El *cerebelo* es tal vez el principal centro de equilibración. Las comunicaciones directas de sus pedúnculos con el cerebro, la protuberancia, el bulbo y basta con el nervio auditivo, justifican aquella creencia.

El *cuerpo estriado*, supone fundadamente M. Luys, que por su textura es un especie de condensador de energía voluntaria, y por sus relaciones directas con la substancia gris cortical, con las porciones motoras de la médula y con los pedúnculos cerebelosos, viene á constituir un centro tónico modificador de energías centrífugas voluntarias.

Y los *conductos semicirculares* son los centinelas avanzados, cuya misión sea cuidar de vigilar y conservar el equilibrio, dándonos al mismo tiempo, en unión del aparato óptico, noción exacta de la posición propia y de la de los demás cuerpos en el espacio.

La expansión interna del vestibular que alcanza el núcleo de Bechterew, de donde nacen fibras que se remontan hasta las laminillas cerebelosas; así como su relación con los otros núcleos citados que esparcen su influencia hasta la médula, obligan á conceder á los expresados conductos una influencia primordial en la equilibración.

Reconstituyendo la función equilibradora resultará que: los conductos semicirculares reciben la impresión inicial relativa á la posición del propio cuerpo en el espacio; el aparato visual corrige y certifica la impresión transformándola de subjetiva en objetiva; el nervio acústico da cuenta de ella al cerebro y al cerebelo por medio de sus raíces de origen; el nervio óptico avisa á los tubérculos cuadrigérmicos, á donde llegan también las trasmisiones laberínticas, para conjuntamente ponerlas en conocimiento del cerebro. Y el cerebro, director supremo de todas las energías iniciales del organismo, trasmite sus órdenes á la protuberancia para que coordine, y al cuerpo estriado para que refuerce las energías, recibiendo el cerebelo estos mandatos, que ha de cumplir por intermedio del bulbo y de la médula.

Naturalmente que la función equilibradora no se efectua siempre con esa simplicidad tan seductora. Dada la complexidad de relaciones directas é indirectas de todos los centros que constituyen el encéfalo y la red intrincada que forman sus fibras y sus células entre sí, se comprende fácilmente la complicada laboriosidad á que han de someterse todos los actos ó funcioues que tengan que estacionarse en cada

uno de los múltiples centros del encéfalo, armonizar su tonalidad y coordinación para que las fibras de los pedúnculos cerebrales, por igual y laborioso procedimiento, conduzcan la onda nerviosa, sensitiva ó sensional á esas sublimes y misteriosas células grises de la corteza, que, como supremo y absoluto tribunal, legisla y dispone todas las funciones directas y principales del organismo.

Los actos reflejos son pequeñas manifestaciones de defensa, en los que es innecesaria la intervención de la substancia gris cerebral.

La noción del espacio, relacionada con la posición de los cuerpos, puede formularse perfectamente con los ojos cerrados, gracias á la asociación de la memoria con los demás centros cerebrales de la ideación. Por igual procedimiento cerebral se pueden evocar recuerdos de personas ó cosas y representárselas mentalmente con exacta propiedad.

Después de las precedentes consideraciones, diremos que el vértigo se producirá siempre que se interferencien, por alguna de las múltiples causas indicadas, las vías centrípetas que dan la noción de estabilidad, ó las centrífugas que la corrigen y la mantienen. Proponemos pues, como definición sintética del vértigo, la siguiente: *El vértigo es la pérdida consciente de la noción de equilibrio.*

Diagnóstico.

Para formular el diagnóstico en el vértigo, es indispensable escuchar la descripción que el mismo enfermo haga de sus síntomas. La subjetividad de los fenómenos primordiales nos impide apreciarlos objetivamente.

Como el vértigo es siempre un síntoma más ó menos complejo, de una positiva entidad nosológica (1) el diagnóstico debe dirigirse á precisar ésta, después de estudiados los fenómenos que acompañan á aquél.

Se diferencia de las marchas *atáxica* y *cerebelosa*, en que en éstas no existen síntomas subjetivos ni trastornos visuales de equilibración, y sí solo falta de coordinación en los movimientos voluntarios. Además, en las afecciones cerebelosas, la marcha es titubeante, parecida á la de los borrachos, que dista mucho de la vertiginosa (Duchenne).

Tanto la ataxia como las cerebelopatías, pueden acompañarse del vértigo concomitante, en cuyo caso los síntomas de éste son más característicos y distantes de los de la afección principal.

---

(1) Excepto los psíquicos, experimentales, y algunos fisiológicos.

El *signo de Romberg* sólo se manifiesta con los ojos cerrados, y se reproduce á voluntad del observador. En esta incoordinación podrá estar afectado algún centro equilibrador, además del sentido muscular, pero sus efectos son muy distintos del verdadero vértigo.

Con el *síncope* no debe haber confusión posible, puesto que éste se acompaña de trastornos en los ritmos respiratorio y cardíaco, pérdida de la conciencia y amnésia post-sincopal, cuyos síntomas faltan en el vértigo.

Suele suceder, especialmente en las crisis de epilepsia menor, que se presenten indistintamente el vértigo y el síncope conservando en este caso cada uno sus caracteres propios.

En el *vértigo apopletiforme* se produce obnubilación cerebral que tarda en desaparecer por completo. La complexión del enfermo y el eretismo del sistema vascular denuncian el padecimiento.

El *vértigo neurasténico* puede confundirse con el gástrico por la circunstancia de presentarse preferentemente en ayunas ó después de las comidas abundantes. Los síntomas propios de cada enfermedad servirán de elemento diagnóstico.

En el *vértigo verminoso* suele existir midriasis.

En la *gota* se presenta el vértigo como precursor de un ataque agudo ó acompañando á una fuerte crisis de dolor.

El *vértigo alcohólico* va seguido de vómitos. El olor de éstos denuncia la procedencia de aquél.

En el *vértigo nicotínico* de los fumadores hay angustia, sudores, vómitos y sensación de malestar general. En el crónico acompañan síntomas dispépsicos y disminución de la memoria.

Conviene, pues, asociar el vértigo á todos los antecedentes y síntomas que nos suministre el enfermo, para fijar con exactitud la naturaleza de aquél y el valor que tiene en cada entidad nosológica.

PRONÓSTICO

El vértigo tiene una muy varia significación pronóstica. Por el solo hecho de ser frecuente puede ser motivo de graves preocupaciones que depriman la energía física y moral.

Los vértigos *cardíacos* y los *congestivos*, son siempre graves.

Los *neurósicos* suelen carecer de importancia.

El *vértigo de Menière* se subordina á la gravedad y extensión de las lesiones auditivas.

El *vértigo gástrico* es más frecuente en los trastornos dispépsicos ligeros que en las lesiones orgánicas del estómago.

En el *paludismo* se observa de ordinario en sus formas larvadas y cuando se diagnostica la infección malárica y se trata oportunamente, carece de importancia.

En la *gota*, cuando es muy frecuente, tiene una grave significación.

En las intoxicaciones crónicas el vértigo entraña suma gravedad.

Conviene investigar siempre por el análisis de otros síntomas si el vértigo es anuncio precursor de una afección grave, como tumor cerebral, parálisis general, esclerosis en placas, etc., ó sólo es propio de la senectud.

TRATAMIENTO

Está subordinado en absoluto el tratamiento del vértigo ó la enfer medad ó trastorno que lo produce.

Así vemos, por ejemplo, que el vértigo verminoso desaparece con la expulsión de las lombrices; el gotoso con el régimen dictético apropiado, el nicotínico con la supresión del uso del tabaco, etc., etc.

CONCLUSIONES

1.ª El vértigo es solo un síntoma.

2.ª Por los especiales fenómenos que acompañan al vértigo en sí, no se puede precisar la causa nosológica que lo produce.

3.ª En la patogenia del vértigo actúan como centros equilibradores; la médula espinal, el bulbo, la protuberancia, el cerebelo, el cuerpo estriado, los tubérculos cuadrigéminos y los conductos semicirculares asociados al aparato de la visión.

4.ª El vértigo es la pérdida consciente de la noción de equilibrio.

5.ª El diagnóstico, pronóstico y tratamiento del vértigo, se subordinan á la causa que lo produce.

CONCLUSIONS

1.° Le vertige n'est qu'un symptôme.

2.° Par suite des phénomènes spéciaux qui accompagnent le vertige en soi, on ne peut préciser la cause nosologique qui le produit.

3.° Dans la pathogénie du vertige, les centres d'équilibration sont: la moelle épinière, le bulbe, la protubérance, le cervelet, le corps strié, les tubercules quadrijumeaux, et les canaux semi-circulaires associés à l'appareil de la vision,

4.° Le vertige est la perte consciente de la notion de l'équilibre.

5.° Le diagnostic, le pronostic ainsi que le traitement du vertige doivent être subordonnés à la cause qui le produit.

L'APTITUDE CATATÓNIQUE ET L'APTITUDE ECHOPRAXIQUE DES TIQUEURS. LES ÈXERCICES THERAPEUTIQUES DE DETENTE

par Mr. HENRY MEIGE (Paris).

L'examen d'un grand nombre de malades atteints de tics m'a conduit à faire quelques remarques cliniques, qui offrent un certain intérêt au point de vue de la pathogénie de ces accidents et qui peuvent être en même temps mises à profit pour leur traitement.

Une première remarque est qu'un certain nombre de tiqueurs présentent une aptitude particulière á conserver les attitudes que l'on donne à leurs membres ou qu'ils prennent eux-mêmes. Il s'agit en somme d'une sorte de *catatonisme* fruste. Ce symptôme est parfois assez intense pour rendre la recherche des réflexes tendineux très difficile, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des tiqueurs chez qui l'on pouvait croire les réflexes rotuliens abolis; il n'en était rien; un état de vigilance musculaire excessive et une exagération du tonus s'opposaient simplement à la manifestation du réflexe.

De la même façon, si l'on commande à ces malades de relacher brusquement tel ou tel muscle, ils n'y parviennent souvent qu'après un temps assez long. Enfin, il arrive aussi parfois, qu'ils conservent sans s'en douter telle ou telle attitude segmentaire imprimée à leurs membres.

Une seconde remarque est la suivante: les tiqueurs sont fréquemment enclins à répéter exagérément les mouvements imprimés à leurs membres. Ainsi, si l'on vient à agiter leurs bras plusieurs fois de suite on peut suspendre cette mobilisation et voir cependant les mouvements continuer à se produire pendant un certain temps.

Ces malades présentent donc une *aptitude catatonique* et aussi une *aptitude échopraxique* notablement plus développées que chez les sujets sains. Je ne crois pas que l'on puisse considérer ces phénomènes comme propres aux tiqueurs. On les observe, en effet, chez d'autres sujets, mais peut-être avec une moins grande fréquence. Leur constatation chez les tiqueurs est d'ailleurs facile à expliquer. Les phénomènes catatoniques ou échopraxiques sont par excellence des troubles psycho-môteurs, qui témoignent d'une insuffisance de l'intervention corticale. Ce sont des manifestations de cette *activité passive*, dont a

parlé M. Brissaud à propos des attitudes cataleptoïdes. Et nous savons que chez les tiqueurs, le contrôle de l'écorce fait fréquemment défaut. De la même façon qu'ils sont aptes à répéter automatiquement tel ou tel mouvement qu'ils ont pris l'habitude de faire, de la même façon ils sont aptes à conserver telle ou telle attitude. Ils ont surtout une aptitude particulière à prendre très rapidement des habitudes motrices. Chez eux, tous les caractères des actes fonctionnels peuvent être viciés; la *répétition*, qui est un de ces caractères, se trouve fréquemment viciée par excès.

De ces constatations, on peut déduire une indication thérapeutique: dans la discipline psycho-motrice, qui constitue la méthode de choix pour le traitement des tics, il faut faire une large part aux exercices qui ont pour but d'apprendre aux malades à obtenir instantanément, à volonté, le relâchement musculaire. J'ai obtenu des résultats très satisfaisants par l'emploi de ces *exercices thérapeutiques de détente.*

HEMIATROPHIE FACIALE GAUCHE

par Mr. **RUTTEN** (Liège).

Photographie d'un cas type, ayant beaucoup de ressemblance avec les cas décrits par Virchow-Shcwahn et Kühlike en ce sens que:

1.° L'atrophie est circonscrite;

2.° Qu'on n'ait jamais constaté, à aucun moment de son évolution, des troubles fonctionnels, qui forment le cortège habituel des atrophies: soit trouble sensitif, moteur, sécrétoire ou sensoriel.

3.° Que tous les tissus qui composent la face: peau, tissu cellulaire sous-cutané et la charpente osseuse ont été graduellement entrepris. L'examen fait par des neuropathologistes a prouvé que la sensibilité électrique des muscles de la face était normale, et qu'il n'y avait pas de réaction partielle de dégénérescence.

Cause inconnue. Pas de syphilis. Antécédents héréditaires nuls. L'affection a commencé à l'age de 16 à 17 ans. La maladie à debuté par la plaque du cuir chevelu qui à été prise pour une tache de la pelade au conseil de révision, est descendu progressivement, à attaqué les régions frontale, orbitaire et nasale et s'est arrêtée à la ligne zygomatique. A remarquer sur la photographie: absence des rides du front gauche dont l'os était fortement aminci, l'état particulier des

paupiéres: retractées et raccourcies-cause d'une kerato-conjonctivite lagophtalmique-ainsi que la déformation du nez du côté gauche. A l'âge de 25 ans après qu'on ait pris la photographie, l'affection à entrepris le côté droit par la région frontale et s'est développée de la même façon de ce côté que du coté gauche. On n'a à aucun moment constaté rien d'irrégulier dans la cavité bucco-pharyngo-nasale.

Pendant le courant de l'année 1902 le malade, âgé de 30 ans, est mort brusquement en huit jours de temps d'une meningo-encephalité. Durée de la maladie: 13 à 15 ans sans que l'affection ait forcé le



jeune homme d'abandonner un jour son travail très dur de mouleur en sable. Il est regrettable qu'ôn n'ait pas pu faire l'autopsie puisqu'il n'existe jusqu'à maintenant qu'une seule étude nécroscopique de cette maladie: celle de Hendel, où une nevrite du trijumean fut constatée.

Le malade à été présenté aux membres du Congrès international de Neurologie, de Psychiatrie, d'Electricité Médicale et d'Hypnologie de Bruxelles en 1897.

TROFONEUROSIS FACIAL

por el Dr. D. JOSÉ SALAS Y VACA (Madrid).

La novedad que ofrece un caso de esta índole, su carácter hereditario formando una rama del gran tronco neuropático, la oscuridad de su patogenia y la evolución típica á que se adapta el ejemplar que motiva esta comunicación, es lo que justifica ocupar por breves momentos la atención de esta ilustre Sección neurológica.

Hace tiempo me ofreció una madre la observación de un niño de quince años de edad, en el que, á partir de un ligero traumatismo de la frente se había desarrollado una enfermedad que en el término de ocho meses había completado su evolución. El indudable aspecto atrófico que ofrecía la mitad derecha de su cara, las arrugas que surcaban su superficie, sus relieves óseos manifiestos, la pérdida de su pa-



nículo adiposo, la calvicie que se exageraba en este lado de la cabeza, la caída prematura de sus dientes de leche para no ser sustituídos, me ponían de manifiesto el primer caso de Prosopodísmorfia que la clínica me ofrecía.

El pequeño con gran locuacidad y viveza intelectual, me manifestó que de aquel reciente traumatismo, sólo surgió una pequeña herida

que cicatrizó muy pronto, á los dos meses comenzó á sentir algunos dolores infraorbitarios que alternaban con neuralgias en la rama derecha de la mandíbula que originaron poco á poco el desprendimiento insensible de sus dientes, hasta el punto de ser los caninos los últimos existentes en ambas filas. La atrofia de su tejido celular coincidió con estos fenómenos; la caída del pelo le siguió de cerca, y en el momento de mi observación, presentaba una típica *hemiatrofia facial*, con una série de arrugas y depresiones que á modo de cicatrices quedaron como vestigios de vesículas y costras cutáneas, que á manera de trastornos tróficos acompañaron á sus neuralgias prodrómicas, siguiendo de cerca á su atrofia constituída. El tejido celular retro-ocular atrofiado produce la depresión del goblo del ojo, pero la inervación de este, es tan fisiológica, como íntegra resulta la motilidad encomendada al nervio facial que á no ser por la limitación de los movimientos que las retracciones atróficas producen, la acción voluntaria y refleja de sus músculos puede considerarse con entera normalidad, excepción hecha de la objetiva contractura que se manifiesta en los elevadores del lábio y separadores de la comisura derecha, que por efecto de la retracción cutánea se sostiene la comisura entreabierta con visible disminución del grosor de sus lábios.

No hay tanta integridad sensitiva como se mencionan en otros casos de este proceso: en este hay sensaciones parestésicas espontáneas, la hipoestesia ocupa todo el lado afecto pudiéndose apreciar algunas zonas en las que, como en la fosa canina, hay una notable disminución de la sensibilidad térmica y dolorosa: por lo demás, dentro del pobre desarrollo que en este enfermo se observa, sus aparatos funcionan con normalidad sin que pueda descubrirse la extensión de la atrofia á otras regiones, ni la menor alteración lingual ni gustativa. La reacción eléctrica es normal, con disminución de la excitabilidad farádica.

Mientras perseguíamos en el enfermo el descubrimiento y carácter de sus síntomas, requirió nuestra atención la madre acerca de una atrofia muscular que desde antiguo venía sufriendo ella, sin que la hubiera echado de ver á no ser por haber surgido su idea á la vista de mis investigaciones y preguntas. Se trataba de una disminución de volumen de sus masas lumbares que por estar gruesa se hacia más visible, y que según ella, efecto quizá de no haberse dedicado á maniobras de fuerza, jamás notó su enfermedad. El enfermo tenía dos hermanos: uno de ellos, el mayor del matrimonio, se conservaba con perfecta salud; pero el más pequeño, siguiendo al cortejo agudo de la *poliomielitis infantil*, presentaba una parálisis atrófica y flácida locali-

zada en la región tibio-peroneal izquierda en la que pude observar todos los caracteres de la enfermedad sufrida diez meses antes.

Nada que indicase heredo-sífilis podía observarse en estos hermanos; pero no les faltaba en cambio á sus progenitores ese sello familiar que dá el enlace de individuos que como ramas del tronco neuropático están dispuestos siempre á trasmitir el germen á su progenie. Convulsiones en la madre, estigmas histéricos que se unen á su atrofia lumbar, artritismo y cierto grado de neuropatía en el padre, que recuerda neurosis más típicas de sus ascendientes, es todo lo que se puede investigar con resultado positivo entre los progenitores del ejemplar patológico que someto á la ilustración de este digno Congreso.

***

Nada dificultuoso puede ofrecer un caso que clínicamente se amolde al recortado patrón de una descripción didáctica: su rareza es bien notoria desde el momento que Lewin en su larga práctica solo ha podido reunir sesenta y ocho observaciones; la mayor proporción se refiere á los varones, y de igual modo según él, pueden afectarse ambos lados de la cara. Respecto de la edad, evolución, herencia y síntomas, se amolda el ejemplar que presento, de tal manera á la descripción, que bien pudiera fundarse en él el estudio de este proceso. Las dudas que pudieran surgir son las referentes á la causa íntima, que dentro de la herencia como predisposición, y del traumatismo como causa determinante, provoca la atrofia de la piel, tejido celular subcutáneo y á veces los huesos, dejando libres los músculos en el lado afecto. Desde el punto de vista *patógenico*, hay tantas opiniones como autores; al observar casos de esta índole han querido fundar, dándole valor unas veces á la atrofia en el dominio del facial de que en raras ocasiones se acompaña la trofoneurosis; fijándose en la dilatación pupilar que como síntoma se presenta en estos enfermos, valorándola como excitación del simpático, ó ya cual ocurre á Bitot y Lande considerando la enfermedad como una atrofia local del panículo adiporo de causa desconocida é independiente de toda influencia nerviosa en que fundan su *aplasia laminosa progresiva*.

La razón niega que un proceso atrófico desde el principio, afectando tejido celular, piel, con caida de los pelos y dientes, y respetando los músculos de la mímica, esté relacionada con accidentes tréficos causados por lesiones ó trastornos funcionales del séptimo par, cuya esfera de acción es la única respetada en este proceso. No han sido muy exactos los autores al valorar los síntomas tróficos que

á la larga se inicien en el area del facial; el mismo Hammond y Mendel al describir las contracciones fibrilares y las atrofias parciales de estos músculos, encontradas en casos de atrofia facial de antigua fecha, donde las retracciones de la piel, la pérdida del tejido celular y la inmovilidad á que se encuentran sometidos estos músculos, debieron estimarlos como causa suficiente para que á la larga se presenten accidentes tróficos sin más selección causal que la inactividad muscular misma: sería por tanto la descrita por estos autores, una verdadera atrofia por inacción.

Concepción tan gratuita y desprovista de confirmación, es la aplasia laminosa primitiva de Bitot y Lande de cuya confirmación dudan sus mismos autores.

No queda más camino para interpretar una patogenia tan oscura y tan falta de investigaciones anatómicas que recurrir á lo convenido de fisio-patologia y apoyar nuestros razonamientos en los argumentos que la clínica nos ofrece.

Dos ideas dominan el campo de esta cuestión: 1.ª La relación causal de la hemiatrofia con trastornos ocurridos en la esfera del simpático: 2.ª Fenómenos tróficos acaecidos en la esfera de distribución del trigémino por alteración de su poder trófico.

Es indudable que en las observaciones hasta ahora citadas no escasean los síntomas que responden á la excitación del trisplánico en la cara: la sequedad de piel que ofrecen estos sujetos, los trastornos vasomotores que presentan en su cortejo sintomático y la dilatación pupilar en el lado afecto, son hechos inesplicables por otro camino que por el que nos ofrece el conocimiento funcional del sistema nervioso vejetativo. La acción trófica, que bajo su influencia se desenvuelve, la prueban los experimentos de Brown Séquard, Paole Bidder y Striker: no es lugar de discutir si este poder del simpático es autónomo ó se debe á la influencia prestada de la médula por los rami-comunicantes que le envía; pero lo indudable de su poder trófico hizo llevar los autores por el camino de concederles un lugar primordial en la patogenia de la hemiatrofia.

Ahora bien, los síntomas con que contribuye el gran simpático al cuadro semiológico de este proceso, son, según hemos dicho, de excitación, que á juzgar por los experimentos antes citados sería la única acción para que los síntomas tróficos se manifestaran por defecto, dado que las hipertrofias localizadas en la cara y la rapidez curativa de sus traumatismos sobrevienen solo á beneficio de la sección del simpático en el cuello.

El simpático podrá tener, y de hecho se lo concedemos, un gran

papel en la producción de la trofoneurosis facial; pero la fisiopatología tiende á admitir una influencia atrófica de mayor cuantía surgida del sistema nervioso cerebro-espinal; y la clínica corrobora esta idea restituyendo al quinto par una influencia atrófica que al alterarse pudiera repercutir sobre los tejidos que han de atrofiarse en la Prosopodismorfia. Es un hecho positivo la influencia trófica de las células multipolares de las astas anteriores de la médula sobre los músculos, unida siempre á la acción motora y disgregada de ella solo en el orden patológico.

Los centros que gobiernan la acción tróflca de la piel, tejido celular y huesos, no son tan conocidos; pero es un hecho cierto que la alteración de las raíces posteriores ocasiona decúbitos ulcerosos muchas veces, á pesar de la más cuidadosa Hipurgia, sin que sea argumento serio para rebatir esta afirmación el contacto morboso de la piel con los materiales rectales y urinarios que producen los grandes decúbitos; pues en los parapléjicos medulares por lesión motora existe esta incontinencia sin que se produzcan úlceras la mayoría de las veces. Por otra parte, los trastornos tróficos de huesos, articulaciones y piel, se presentan dominando la sintomatología de la *tabes*, enfermedad sensitiva por excelencia; hay que conceder, pues, un indiscutible poder trófico á la región sensitiva de la médula, capaz por sus alteraciones de determinar perturbaciones tróficas parecidas á las que estudiamos.

La representación facial de estas raíces posteriores radican en el quinto par; á él hay que cargar en cuenta mucho de lo que ocurre en la enfermedad que estudiamos, y si en el orden fisiológico la razón se impone la clínica ratifica este juicio.

Según Magendie y Longet, la sección del trigémino se acompaña de ulceraciones de la córnea, mucosa bucal y desprendimiento de los dientes; iguales resultados obtiene Meisner seccionando sus fibras internas al abocar al ganglio de Gasser: la clínica nos ofrece trastornos vaso-motores, lagrimeo, sialorrea y catarro nasal en el *tic* doloroso de la cara, y la oftalmia-neuro paralítica en la anestesia del quinto par.

La evolución sintomática en estos enfermos nos demuestra que el grito inicial en la atrofia facial neurótica lo dá el trigémino con sus neuralgias localizadas á sus puntos de salida muchas veces ó estendidas á sus ramas; los trastornos tróficos iniciales siguieron cual sucedió en nuestro enfermo las ramas de distribución, el desprendimiento de los dientes y las atrofias de los maxilares están relacionados con el territorio anatómico del quinto par y las anestesias que ofrecen es-

tos enfermos demuestran que este nervio no permanece pasivo á los fenomenos que se desenvuelven. Por último la atrofia de su raiz descendente y la neuritis intesticial prolífera observada por Mendel en un enfermo de esta naturaleza, acaba por restituir al trigémino su indiscutible papel en la producción de esta enfermedad.

¿Es suficiente esto para olvidar el concurso del simpático en la determinación del proceso? De ninguna manera, podrá segun nuestro modo de ver tener una influencia secundaria, pero los sintômas del sistema ganglionar son tan elocuentes que merecen alguna consideración.

*
* *

Nosotros abrigamos la firme convincción de que la nutrición de los tegidos se debe á influencias tróficas especiales, pero esta, preponderando en tal ó cual territorio, transmitiendose por éste ú otro conductor no es patrimonio exclusivo ni de un solo centro ni de un nervio aislado: la influencia trófica es la resultante de energias que, obrando en igual sentido ó en dirección distinta, ocasionan un resultado útil á los fines nutritivos que habran de nacer muchas veces de dos mecanismos antagónicos ¿nó es al acto vasomotor una resultante entre la vasoconstricción simpática y la inhibición medular?

¿Pues porqué no hemos de considerar de igual manera el acto trófico?

De la relación funcional armónica entre el sistema ganglionar, y el cerebro-medular habrá de surgir la estabilidad nutritiva. En la cara el quinto par sería el de función positiva acelerando la nutrición, cohibida y moderada por la influencia del trisplánico de acción negativa; la resultante sería util si la función es normal en ambos sistemas; pero desde el momento que por causas desconocidas, herencia, traumatismos, alteraciones estáticas ó perturbaciones dinámicas, se abolieran ó disminuyeran algunas de estas acciones, dominaría la antagónica produciendo sus desastres.

La alteración trófica en la prosopodismorfia sería debida á la abolición funcional de esta influencia en el quinto par, originándose por falta de antagonismo, la exaltación funcional con que responde el simpático en el síndrome constituído.

La experimentación ratifica esta manera de pensar desde el momento que la sección del trigémino da lugar á síntomas atróficos, y los resultados, que acarrea la sección del simpático en el cuello, origina hiperemias activas, aceleración del curso normal de las heridas con manifiesta hipertrofía del lóbulo de la oreja correspondiente.

Este es el camino de investigar racionalmente la patogenia de un proceso que carece de sólidos argumentos para sentar conclusiones doctrinales. Lo primitivo en la patogenia de la atrofia facial neurótica sería la disminución del poder trófico del trigémino, efecto de lesiones invisibles hasta ahora; lo secundario sería la excitación tróflca del simpático que por falta de antagonismo contribuiría en mucho para aumentar la atrofía que caracteriza el proceso.

Con estos datos tendremos suficiente para completar nuestro trabajo, sentando como final las siguientes:

CONCLUSIONES

1.ª La hemiatrofía facial neurótica es un proceso familiar, que se observa alternando con individuos de familia neuropática.

2.ª Nuestro caso se adapta en un todo á la descripción clínica y se relaciona con estos lazos de herencia.

3.ª Lo único discutible en este proceso, es su patogenia evolutiva.

1.ª La aplasia laminosa primitiva y sus relaciones con las lesiones del séptimo par ni están comprobadas, ni pueden ser ciertas desde el momento que lo único respetado en este proceso es la esfera de distribución del facial.

5.ª La fisiopatología, la clinica y la anatomía patológica á veces nos ponen en camino de pensar en una relación directa entre la hemiatrofia y lesiones ó trastornos funcionales del trigémino.

6.ª Los trastornos del simpático revelan su papel activo en la prosopodismorfia, pero su influencia es secundaria.

7.ª La nutrición se debe al resultado de la acción antagónica del sistema cerebro-espinal y del gran simpático.

8.ª La trofoneurosis sería debida á una abolición del poder trófico del trigémino ayudada por la exaltación del trísplánico, de efectos negativos sobre la nutrición.

L'ASSISTANCE DES ALIENES CRIMINELS AU POINT DE VUE LEGISLÁTIF

par Mr. JULIO DE MATTOS (Poito).

Cette grave question, telle que j'entends la poser, comprend tout ce qui concerne le sort des criminels bénéficiant de l'immunité pénale pour cause de folie. L'expression *d'aliénés criminels*, si blâmée jadis, je ne l'emploie que dans son sens le plus large pour désigner ceux qui ont commis des actions nuisibles dans un état de folie, sans rien préjujer de leurs caractères, soit psychiatriques, soit anthropologiques;—sous cette appéllation se trouvent donc compris non seulement les aliénés véritablement dangerenx, c'est-à-dire ceux dont les crimes pouvaient être prédits, étant donnés leur délire et leur nature morale, mais ceux dont les délits n'on été que des accidents ou des épisodes de leur maladie. Les uns comme les autres ont troublé la société; de là, leur similitude. Mais tandis que les premiers nous font peur, les seconds ne nous inspirent que de la pitié, et voilà ce qui les distingue. Evidemment on ne peut pas les traiter de la même manière. Donc pour répondre à la question: *Où faut-il placer les aliénés criminels?* on doit commencer par classer ces malades au point de vue de la défense sociale, en en faisant deux groupes; celui des *accidentels*, tout à fait semblables aux fous de leur catégorie qui n'ont commis et peuvent ne jamais commettre de crimes ou de délits, et le groupe des *dangereux* à qui doit être plus spécialement affecté le nom *d'aliénés criminels* dans le sens restreint que lui donnent anjourd'hui la plupart des psychiatres et des pénalistes.

Mais, si ce classement est indispensable en vue des mesures de sécurité à prendre, il faut savoir *à qui revient incontestablement le droit de l'établir et de le faire valoir.* Voilà une première question qui n'est pas oiseuse, quoiqu'elle en ait l'air. Partout, sons doute, les médecins semblent être appelés à résoudre ce grave problème, puisqu'on les invite à se prononcer sur l'état mental des prévenus suspects de folie; mais nous ne savons que trop que leurs avis scientifiques ne sont pas toujours suivis par les juges et les jurés, qui peuvent ne pas prendre en considération, si bon leur semble, les rapports des experts, même en ce qui concerne le seul diagnostic de folie.

Mais supposons que ce diagnostic ait été accepté par le juge ou par les jurés, et que les experts dans leur rapport aient mis ou non en évi-

dence la *témibilité* du prévenu. La question: *quel va être le sort de cet irresponsable?* se présente à propos de chacune des deux hypothèses. Et à côté de celle-ci, une autre se pose encore: *qui doit régler cette destinée?*

Nous savons que ces deux questions ont des solutions différentes suivant les pays. En ce qui concerne la première, il y a des pays où l'aliéné acquitté ou bénéficiant d'une ordonnance de non lieu, qu'il soit ou non dangereux, est toujours placé dans un asile criminel; il y en a d'autres où il est toujours placé dans un asile ordinaire; enfin, il y en a encore où il est placé, suivant le cas, tantôt dans un asile ordinaire, tantôt dans un asile criminel ou même dans une maison de surveillance. Ces divergences sont évidemment regrettables, parce que la défense sociale est partout la même. Quant á la seconde question, on sait aussi qu'elle comporte plusieurs solutions, chaque pays procédant à sa manière. Suivant certaines législations, le sort des aliénés criminels est entre les mains de l'autorité administrative, qui seule a le pouvoir de rendre le malade à sa famille, ou de l'envoyer d'office dans un asile, s'il est dangereux. Et ce n'est pas d'un manque de logique qu'on peut accuser les nations où les choses se passent ainsi, parceque leurs Codes établissent qu'il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état d'aliénation mentale au moment de l'action. Devant ces législations, l'aliéné, n'étant point un criminel, ne peut pas relever de l'autorité judiciaire. Mais il y a d'autres pays où le pouvoir de régler l'avenir de l'aliéné criminel est exclusivement du ressort des juges. Peut-être pense-t-on qu'en agissant de la sorte on parvient à mieux garantir la sûreté collective. Enfin il y a encore des pays où, comme en Portugal, les deux autorités peuvent intervenir, suivant le cas, dans la destinée du malade. Nous verrons tout à l'heure ce qu'on doit penser de ces divergences législatives.

Maintenant figurons-nous que l'aliéné criminel ait été placé dans un asile. Une nouvelle question se présente: *Quelle doit être la durée de son internement?*

On sait qu'en général le séjour des aliénés criminels dans les asiles est indéfini. En Angleterre on les place à Broadmoor *au bon plaisir du roi*; mais cette formule ne signifie pas, comme on l'a dit souvent, que leur séjour soit, de par la loi, toujours perpétuel. Là, comme dans tous les pays où cette question se trouve réglée, l'internement peut finir, étant données certaines circonstances. *Quelles sont ces circonstances? Qui a le pouvoir de les faire valoir?*

La réponse à la première de ces questions est partout la même ou à peu près: la guérison, le grand âge, des infirmités acquises, bref, tout

ce qui peut rendre l'aliéné inoffensif. Quand à la seconde question, elle ne reçoit pas la même réponse dans tous les pays. D'abord, le rôle du médecin traitant ou du directeur de l'asile où le malade se trouve interné, n'estpas partout le même quand il s'agit de sorties; puis, les autorités qui ont le droit de les ordonner ne sont pas, elles non plus, les mêmes dans toutes les nations. Sous ce dernier point de vue, non seulement les autorités administrative et judiciaire se partagent, suivant les législations, le pouvoir d'ordenner la mise en liberté des fous criminels (ce qui ne doit pas nous étonner, puisqu'elles se partagent aussi le pouvoir d'ordonner leur placement) mais il arrive que dans un même pays, l'autorité qui régle les sorties n'est pas toujours celle qui a réglé l'internement.

Mais supposons que la mise en liberté d'un aliéné criminel ait été ordennée. Que va-t-il devenir? Ou plutôt: *Quelles sont dorénavant pour la société les garanties de défense*? Voilà encore une très importante; une très grave question, dont il faut chercher, parmi les solutions, que lui ont données les différents pays, celle qui, sans être inhumaine, assure le mieux la tranquillité sociale.

Je viens d'énoncer les questions que soulève l'assistance des aliénés criminels, et d'indiquer, en passant, que chaque pays les résout à sa manière, quoique ces questions soient partout les mêmes. Je tâcherai maintenant de les discuter et de dire ce qu'on en pense en Portugal, parce que je suis convaincu qu'il y a dans notre législation quelque chose de très interessant à ce sujet.

D'abord, je dois faire remarquer que l'intervention des médecins dans le jugement de l'état mental des prévenus a chez nous une imtance capitale. Tandis que le vieux conflit entre les experts psychiatres et les juges ou les jurés semble se perpétuer dans la plupart des pays, il a cessé d'exister en Portugal depuis la loi du 17 août 1899. Cette loi, dont je vais donner un aperçu, divise le royaume en trois départements médico-légaux ayant leur chefs-lieux à Lisbonne, Porto et Coimbre. Il y a pour chacun de ces départements un Conseil composé de plusieurs membres, presque tous professeurs de Médecine et de chimie, nommés par le gouvernement, et chargés de l'expertise médico-légale dans les affaires criminelles de leur département. La composition de ces Conseils, cela va sans dire, change suivant les cas dont il s'agit. Pour ce qui concerne les expertises psychiatriques, le Conseil se compose du professeur de médecine légale, du directeur de l'Asile d'Aliénés de la ville et d'un médecin anthropologiste. Outre les membres du Conseil, nommés par le gouvernement et siégeant dans le trois villes, il y a des experts dans les provinces, maix ceux-ci sont

nommés par les juges et choisis parmi les médecins de la contrée. Les expertises de ces derniers peuvent être revisées par le Conseil médico-légal du departement, ou même reprises par celui-ci, s'il y a lieu, soit que le juge l'ordonne, soit que le Procureur du Roi ou quelque personne interessée dans l'affaire le demande. *Maïs les expertises des Conseils ne peuvent jamais être invalidées par d'autres expertises.* Les séances des Conseils quand il s'agit d'examiner un prévenu suspect de folie, comme dans plusieurs autres cas d'ailleurs, sont présidées par le juge du procès; mais il n'a pas de voix et ne peut pas même intervenir dans l'examen. Le plus souvent les experts ne pouvant donner leur avis, séance tenante, demandent au juge, qui l'ordonne immédiatement, l'internement du prévenu dans l'asile d'aliénés où l'observation va désormais se continuer. Quand celle-ci est finie, le médecin aliéniste écrit un rapport detaillé qui, signé par les deux autres membres du Conseil, est remis au juge. Les conclusions positives de ce rapport lient le juge, qui ne peut pas ordonner une nouvelle expertise et qui est contraint d'absoudre le prévenu, puisque, devant notre Code Pénal, la folie implique l'irresponsabilité criminelle absolue. *Le rapport, chez nous, a l'autorité de la chose jugée.*

Je ne connais pas de pays où la situation des experts aliénistes soit aussi dégagée d'entraves morales et légales qu'en Portugal. Ils n'ont pas à craindre le mauvais vouloir des magistrats judiciaires, partout enclins à ne voir dans les psychiatres que des chercheurs d'irresponsables; ils n'ont pas á craindre, non plus, l'opinion publique égarée, perçant dans les débats judiciaires, où leur dignité puisse être atteiute par des avocats irrespectuex; enfin, ils n'ont pas à se prononcer sur la question absurde d'une responsabilité attenuée ou partielle, admise encore dans quelques législations. Chez nous les experts n'ont qu'à faire tout simplement leur diagnostic, n'ayant devant eux que les difficultés scientifiques des cas; leur tâche est tout à fait semblable à celle du clinicien dans une infirmerie.

Nous vivons dspuis quatre ans sous ce régime médico-légal, où chacun, l'expert aussi bien que le juge, a son cercle d'action défini et independant, celui de l'un n'empiétant jamais sur celui de l'autre. Et tout le monde en est content: les médecins parcequ'ils voient et leur rôle professionnel et leur dignité scientifique reconnus par les tribunaux; les juges, parce qu'ils se trouvent en paix avec leur conscience n'ayant qu'à déduire d'un diagnostic médical les conclusions juridiques que ce diagnostic implique devant les articles de la loi.

Sous ce nouveau régime, on le voit bien il n'y a jamais d'intervention du jury dans les affaires criminelles où la folie est alléguée;

et cet avantage n'est pas le moindre de ceux qui découlent de la loi. Heureusement le spectacle barbare d'une assemblée jugeant des questions qu'elle ne peut comprendre n'est plus possible en Portugal. Je ne peux pas assurer que des fous criminels ne soient pas condamnés chez nous à l'heure qu'il est, mais, si cela arrive encore, c'est qu'ils ont été méconnus à ce point que personne n'a demandé pour eux une expertise médico-légale, que le juge n'a point le droit de refuser. Ce n'est pas la loi qui est en défaut.

Je ne puis m'empêcher de souhaiter vivement aux pays plus avancés que le mien sous d'autres rapports, la situation où nous nous trouvons quant à la valeur pratique des expertises psychiatriques.

En ce qui concerne le placement des aliénés criminels, nous ne sommes pas aussi bien partagés que l'Angleterre, les Etats-Unis et l'Italie, où il y a des asiles spéciaux pour ce genre de malades. La loi du 4 juillet 1889 autorise la construction à Lisbonne d'un asile pour 600 malades avant des infirmeries spéciales pour les aliénés criminels des deux sexes; la même loi autorise aussi la construction de quartiers annexes aux Pénitenciers pour les condamnés aliénés. Malheureusement cette loi n'a pas été mise en éxécution jusqu'à présent. Nous n'avons qu'un quartier de sûreté à l'asile de Rilhafolles (Lisbonne) où sont placés les aliénés criminels et lés condamnés aliénés.

Cette situation, semblable à celle de la plupart des pays, je la trouve pourtant regrettable.

Nous sommes loin du temps où d'éminents psychiatres français trouvaient *monstrueuse* (Falret) l'expression *d'aliénés criminels*, parce qu'on y accole deux mots, *qui hurlent de se trouver ensemble* (Christian). C'était au fond l'esprit de leur Code, suivant lequel «il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action». Mais si, au point de vue de la loi, les fous sont des *innocents* même quand ils tuent, ou volent, ou incendient, au point de vue social ce sont au moins des *nuisibles*. Toute expresion pour les désigner rapprochera donc toujours des mots à signification opposée: celle *d'aliénés dangereux* n'est pas moins contradictoire.

Aujourd'hui l'appellation *d'aliénés criminels* est devenue courante dans le langage scientifique. Seulement, comme nous le disions tout à l'heure, elle peut être emplayée dans un sens général, aussi bien que dans un sens restreint, et c'est dans celui-ci qu'on l'emploie quand on parle d'asiles spéciaux, d'asiles-prisons.

Quel est ce sens? On designe aujourd'hui par cette expression ceux des fous criminels dont le *témibilité* est la plus grande, c'est-à-dire les dégénérés chez lesquels l'absence ou la faiblesse du sens moral n'ex-

clue pas une certaine lucidité intellectuelle: les maniaques raisonnants, les persecutés persécuteurs, les épileptiques et les impulsifs. Chez ces êtres à développement psychique arrêté, le crime et la folie se mêlent si intimement qu'on ne peut pas dire lequel de ces deux caractères d'inferiorité l'emporte sur l'autre. Sont-ce de *fous criminels* ou plutôt des *criminels-fous?* Ce sont des malades exceptionnels exigeant une assistance exceptionnelle.

Aussi est-ce pour ce groupe d'aliénés qu'on demande partout des asiles criminels. Leur indiscipline, leur esprit de mensonge, leurs continuels complots, leurs tendances aux évasions, qui reussissent si souvent, en font la plaie des asiles ordinaires. Je ne m'appesentirai pas sur ce point, trop connu des médecins directeurs; je ne rappellerai pas même la répugnance instinctive qu'inspirent aux pensionnaires des asiles, et surtout à leurs familles, ces redoutables sujets.

Mais je ne puis m'empêcher de dire que leur présence est devenue une sérieuse entrave aux améliorations qu'on cherche partout à introduire dans les asiles par le développement de plus en plus large du travail, des récréations, de la vie au grand air. Comment poursuivre dans nos asiles l'idéal anglais du *no-restreint* et *open-doors* avec des hôtes de ce genre?

En dehors de ces dégénérés régressifs, ils n'y a pas d'aliénés malfaiteurs dont la témibilité ne cesse par l'internement dans les asiles ordinaires. Les hallucinés, eux-mêmes, les plus dangereux de tous dans le milieu social, deviennent inoffensifs dès qu'ils sont isolés et soumis à la surveillance de ces maisons. J'en ai plusieurs dans mon asile depuis longtemps qui n'ont jamais été une cause de trouble dans le service.

Dans les pays où il y a des asiles criminels aussi bien que dans ceux où il y a, pour remplacer ceux-ci, des quartiers de sûreté annexes aux asiles ordinaires, il faut donc savoir, en vue des mesures à prendre, si l'aliéné jouissant de l'immunité pénale appartient ou non au groupe des *aliénés criminels* proprement dits. Or, comme je le soutenais tout à l'heure, il n'y a que les experts qui puissent se prononcer sur ci point. C'est évidemment leur affaire; et la loi devrait obliger l'autorité chargée de l'internement des fous malfaiteurs à se soumettre à l'avis des experts. Pourtant l'internement de ces malades n'est pas réglé de même partout; il s'en faut de beaucoup.

Voici ce qui se produit en Portugal. Chez nous la loi du 3 avril 1896 régle l'internement des criminels reconnus irresponsables pour cause de folie. Elle commence par en faire deux groupes: le premier comprend ceux qui ont commis des actions passibles, si ce n'était la

folie, des peines majeures du Code pénal, c'est-a-dire des *crimes*; le deuxième comprend ceux qui ont commis des actions passibles de peines correctionnelles, c'est-à-dire des *délits*. Les fous du deuxième groupe sont mis à la disposition de l'autorité administrative, qui peut les rendre à leurs familles, s'ils en ont une qui puisse se charger de leur surveillance, ou, s'ils n'en ont pas, ou s'ils sont dangereux, les envoyer dans un asile ordinaire. Quant aux aliénés du premier groupe ils sont placés par l'autorité judiciaire dans l'asile de Rilhafolles, (Lisbonne) où il y a, comme je l'ai dit, un quartier de sûreté pour les aliénés criminels et pour les condamnés aliénés.

Ce n'est donc pas l'avis des experts, mais la témibilité, appreciée d'après un faux criterium, qui régle chez nous la destinée des fous malfaiteurs.

Ceci doit surprendre après ce que j'ai dit sur le rôle des experts dans les affaires de criminalité où la folie est alléguée. Mais je m'empresse de faire remarquer que la loi qui règle l'internement des criminels irresponsables pour cause de folie est antérieure à celle qui a créé les Conseils médico-légaux et défini la portée des expertises psychiatriques. D'ailleurs, autant que je puis en juger d'après ma pratique personnelle, les choses se passent en réalité autrement et mieux qu'on ne serait tenté de le croire en lisant la loi du 3 avril 1896. En effet, depuis que les Conseils médico-legaux ont été créés et que je suis le rapporteur de celui de Porto, j'ai toujours vu les juges accepter les conclusions des experts sur la témibilité des fous criminels; ainsi, quand à propos d'un prévenu en observation dans l'asile de la ville, les experts affirment que c'est un aliéné dangereux, jamais le juge du procès n'en ordonne la sortie, quand bien même ce prévenu n'aurait commis qu'un délit. Nos juges préfèrent se soumettre à l'opinion des experts que d'accepter la responsabilité morale, trop lourde, d'ordonner qu'un fou dangereux soit remis à l'autorité administrative, qui peut rendre ce fou à sa famille.

Il vient à propos de dire que la loi du 17 août 1899 ordonne aux membres des Conseils médico-légaux de se réunir une fois par an et de proposer au gouvernement par l'intermédiaire du Professeur de médecine légale, leur président, les mesures qu'ils jugent convenables d'adopter pour l'amélioration des services médico-judiciaires. J'ai tout lieu de croire qu'il ne sera pas difficile de faire accepter au gouvernement un criterium tout autre que celui de la loi du 3 avril 1896 pour l'internement des aliénés malfaiteurs. Puisque le rapport des experts est définitif au sujet de l'irresponsabilité, qui est une conséquence de la folie, pourquoi ne le serait-il pas à l'égard de l'internement,

qui doit être, lui aussi, une couséquence du caractère plus on moins dangereux de celle-ci? Ordonner aux experts de se prononcer sur la témibilité desprévenus dans une des conclusions de leurs rapports, ce serait mettre entre les mains des juges un criterium pour le choix de l'asile où les fous malfaiteurs devraient être placés. Ce ne serait, du reste, que légaliser une pratique raisonnable.

En Portugal, on vient de le voir, l'internement des aliénés ayant commis des *crimes* ne peut être ordonné que par l'autorité judiciaire, et cet internement a toujours lieu dans l'asile de Lisbonne, où se trouve dans ce but, comme je l'ai dit, un quartier de sûreté. L'autorité administrative n'ordonne que l'internement des aliénés ayant commis des *délits*.

En ce qui concerne les sorties des aliénés criminels, seule l'autorité judiciaire peut les ordonner chez nous. Mais ces sorties n'ont jamais lieu qu'avec l'approbation du médecin directeur, qui seul a le droit de les proposer, et qui peut s'y opposer si elles sont requises à l'autorité judiciaire par les familles des malades. D'ailleurs, ces sorties sont d'abord, *provisoires* et entourées de garanties suffisantes pour le maintien de l'ordre social. Voici ce que dit la loi: «L'individu qui prend la charge de l'aliéné remettra au directeur de l'asile, à la fin de chaque mois, un certificat sur l'état mental du malade; ce document doit être passé sous serment, reconnu par un notaire et visé par le Procureur du Roi, du département où demeure l'aliéné». La loi ordonne encore que «le même individu est obligé de remettre l' aliéné à l'asile aussitôt qu'il présentera des symptômes d'un nouvel accès». Les sorties provisoires ne deviennent *définitives* que lorsque l'expérience a démontré l'innocuité du malade; et encore le juge ne peut les ordenner qu'après avoir entendu les avis du Procureur du Roi et du médecin directeur.

On vient de voir quel rôle prépondérant jouent les médecins portugais dans les affaires criminelles où la folie est alléguée. Le jour où la loi reconnaîtra la pratique suivant laquelle le sort des aliénés criminels est fixé par le rapport médico-légal, nous aurons conquis, je crois, l'idéal législatif en ce qui concerne la question sociale des malfaiteurs irresponsables.

CONCLUSIONS

En Portugal, dans les affaires criminelles où la folie est alléguée, le juge est lié par l'expertise medico-légale, si celle-ci a été faite par les Conseils medico-légaux ou a été revisée et contrôlée par eux. Le rap-

port médico-légal, émanant de ces assemblées d'experts, a l'autorité de la chose jugée.

Le jury n'intervient jamais dans ces affaires.

Le juge ne peut pas refuser l'expertise médico-légale, si celle-ci lui est demandée.

Le sort du prévenu jouissant de l'immunité pénale pour cause de folie est fixé par l'autorité administrative ou judiciaire, suivant qu'il a commis un délit ou un crime. Dans le premier cas il peut être rendu à sa famille ou placé dans un asile ordinaire, s'il est dangereux. Mais s'il a commis un crime, il est envoyé par le juge à l'asile de Lisbonne, où il y a un quartier pour les aliénés criminels et les condamnés aliénés.

C'est ee qu'ordonne la loi; mais ce criterium objetif n'est guère suivi dans la pratique. Le prévenu subissant l'examen médico-légal dans un asile, y reste interné, quoiqu'il n'aît commis qu'un délit, si les experts le déclarent dangereux; dans ces cas il n'y a donc pas d'intervention de l'autorité administrative.

Les sorties des aliénés criminels de l'asile de Lisbonne ne peuvent être ordonnées que par l'autorité judiciare, avec l'approbation du médecin directeur, qui seul a le droit de les proposer, et qui peut s'y opposer quand elles sont requises par les familles des malades.

Ces sorties sont d'abord *provisoires* et entourées de garanties suffisantes pour la sécurité sociale. Elles ne deviennent *définitives* que dans des circonstances spéciales que le Procureur du Roi et le médecin directeur doivent apprécier.

ETUDE ANATOMIQUE SUR LA TOPOGRAPHIE DES NEURONES DU SYSTEME SOLAIRE

par Mr. LAIGUEL-LAVASTINE (Paris).

On commence à connaître dans ses grandes lignes la topographie des neurones du système nerveux cérébro-spinal. La méthode des dégénérations secondaires et celle des reactions à distance ont permis d'édifier leur systématisation.

Etablir par les mêmes méthodes la topographie des neurones dans le sympathique est une étude toute nouvelle.

La physiologie, aidée par l'embryologie, l'anatomie comparée, et la pathologie, á déjà esquissé cette systématisation des fibres sympa-

thiques, mais n'a pu déterminer avec précision la localisation de leurs centres trophiques.

La physiologie montre, par exemple, la nécessité de centres sympathiques dans la moelle; elle ne peut les figurer. Elle circonscrit en certains nerfs des fonctions déterminées; elle ne met pas en évidence les lésions corrélatives des troubles de ces fonctions.

Nons ne rapportons ici que deux séries d'expériences touchant à l'application de la méthode anatomique à la topographie des neurones qui entrent dans la constitution du plexus solaire.

Dans une première série d'expériences où nous avons abordée la *question des localisations centrales médullaires du sympathique,* nous avons déterminé les origines des nerfs afférents du plexus solaire, en particulier du grand splanchnique. Dans une *seconde série d'expériences* où nous avons étudié la *question des centres trophiques des neurones viscéraux dans les ganglions,* nous avons déterminé les origines des nerfs efférènts du plexus solaire, en particulier du nerf splénique.

1° *Localisations médullaires du sympathique.*

Au Collège de France dans le laboratoire de M. François Franck, nous avons, de mai 1901 à février 1902, produit chez le chien, l'ablation de la chaîne du sympathique thoracique.

L'anlmal morphiné, puis chloralisé et soumis à la respiration artificielle, était couché sur le flanc droit; la moitié gauche du thorax, lavée, rasée, aseptisée, était incisée dans le 7e ou 8e espace intercostal. Par la brèche ouverte on allait à la recherche de la chaîne sympathique qui, dans la gouttière costo vertébrale, était disséquée à la sonde cannelée. Les rameaux communicants successivement coupés, laissaient libre le cordon sympathique qu'on enlevait complètement en le sectionnant ou l'arrachant en bas, le plus près possible du diaphragme, et en haut, le plus près possible du ganglion stellaire. Cette opération est relativement difficile. Néanmoins le pneumothorax fatalement double chez le chien, par suite de l'absence de médiastin, n'a pas d'inconvénient, grâce à la respiration artificielle; le danger de la blessure des artères intercostales dans la dissection des rameaux communicants est facile è éviter. Notre grand obstable fut l'infection.

Au Collège de France, sur vingt chiens opérés, dix-huit sont morts d'infection dans les quatre jours qui ont suivi l'opération. Dix sont morts de septicémie, vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures après l'opération. Huit sont morts en trois ou quatre jours avec une réaction inflammatoire pleuro-pariétale. Le souci de l'antisepsie et de

l'asepsie, les changements apportés aux pansements, suture à trois étages, pansements glycérinés, pansements ouatés, bandages de corps, pansements à la gaze collodionnée, n'ont pas fait varier les résultats jusqu'au jour où le lieu d'opération fut changé. De février à juin 1902, nous avons fait, avec la même technique, la même opération à la Salpétrière, dans un des laboratoires de la clinique des maladies nerveuses. Sur quatre chiens opérés, les deux premiers ont très bien guéri, les deux derniers sout morts.

De ces faits, l'importance du local dans le succès des opérations sur les chiens ressort avec évidence (1).

Le chien de la *première expérience* (Expérience 8 de notre thèse), a été sacrifié au bout de vingt-six jours.

L'examen de sa moelle a montré: *au Nissl* des altérations évidentes dans le plus grand nombre de cellules de la corne latérale gauche de la base de la corne antérieure gauche et dans quelques cellules de la colonne de Clarke (2) et de la région périépendymaire sur le 3e, 4e, 5e, 6e et 8e segments dorsaux qui seul ont été examinés.

Au Marchi, des altérations dans les racines postérieures des 7e et 9e segments dorsaux qui seuls ont été examinés. Les ganglions rachidiens ont paru normaux.

Le bout inférieur du splanchnique gauche avait un très grand nombre des fibres atteintes de dégénérescence Wallérienne; le droit était sain. Les ganglions solaires étaient entourés d'une atmosphère cellulo-adipeuse très hypérémiée; leurs vaisseaux étaient dilatés; leurs cellules nerveuses avaient leur protoplasma laqué, leur noyau coloré et diffus.

Le chien de la *deuxieme expérience* (Expérience 9 de notre thèse), a été sacrifié au bout de dix-neuf jours. Les 6e et 7e segments dorsaux examinés à la *méthode de Nissl* montrent des changements évidents dans les colonnes de Clarke.

A gauche, quelques cellules ont complètement disparu; d'autres sont atrophiées et fortement colorées.

Les cellules nerveuses de la corne latérale sont également touchées (hyperchromie, aspect poussiéreux, coloration du noyau).

---

(1) A rapprocher cette constatation de Pawlow qui, incapable de réussir la fistule d'Eck dans son vieux laboratoire, la réussit pendant un an dans le laboratoire de Physiologie de l'Institut de médecine expérimentale de Pétersbourg inauguré en 1891 (Pawlow, «Travail des glandes digestives». Trad. Pachon et Sabrazès, 1901).

(2) Chez le chien, la colonne de Clarke qui occupe la même place que chez l'homme se trouve tout en avant des cordons postérieurs, plus ou moins confondue avec la substance gélatineuse. Kölliker. «Handbuch der gewebe lehre den Menschen», II, p. 193.

Les 3e, 5e, 6e et 8e segments dorsaux examinés au *Marchi*, montrent deux ordres de lésions: des granulations graisseuses prédominantes dans les racines postérieures gauches et autour de la colonne de Clarke, et des foyers hémorragiques. Le plus importants de ces foyers se trouve à la base de la corne latérale gauche, dans le 3e segment dorsal. Le splanchnique gauche a quelques fibres dégénérées. Les ganglions solaires gauches hypérémiés ont leur cellules seulement un peu laquées.

Le chien de la *troisième expérience* (Expérience 10 de notre thèse), a été sacrifié au bout de trois mois.

Au *Nissl*, dans les 2e et 3e segments dorsaux, les altérations sont évidentes dans la corne latérale et perceptibles dans la colonne de Clarke et la région périépendymaire.

Dans la colonne latérale gauche, les cellules sont beaucoup moins nombreuses. Cette diminution de nombre portant sur la hauteur de deux segments a de la valeur; si elle n'avait été constatée que sur quelques coupes, elle n'en aurait eu aucune, parce que la corne latérale ne forme pas une colonne régulière mais est formée d'une série de groupes cellulaires superposés, et selon que la coupe passe par le centre ou l'extrémité effilée du groupe, la corne apparaît comme volumineuse et remplie de cellules, ou au contraire comme atrophiée et privée d'éléments. D'ailleurs pour confirmer la valeur pathologique de la diminution de nombre, les cellules subsistantes sont petites, ratatinées, surcolorées, sans structure appréciable. Mais il faut noter que ces altérations ne sont pas généralisées à toutes les cellules de la corne latérale; en certains points, celles-ci sont normales; comme si elles formaient un groupe independant.

Dans la colonne de Clarke, les petites cellules sont plus altérées que les grandes, mais quelques-unes de celles-ci sont nettement ratatinées. Dans le groupe paracentral, quelques-uns des nids cellulaires groupés à gauche contiennent des cellules plus petites, plus colorées et à granulations chromatiques plus irrégulières que les cellules du côté droit.

Enfin la zone intermédiaire entre les bases des cornes antérieures et latérales gauches contient des cellules dont beaucoup paraissent plus petites que du côté opposé.

L'étude au Marchi n'a pas été faite.

Le ganglion semi-lunaire gauche, dont les capsules endothéliales sont un peu plus fournies qu'à droite, contient des cellules nerveuses qui paraissent normales.

Les lésions cellulaires peuvent être dûes à deux causes. Ou bien les

cellules altérées sont le centre trophique des neurones dont le bout périphérique a été arraché, ou bien elles sont lésées du fait qu'elles sont en connexion avec les arborisations terminales d'un neurone dont le centre trophique a été arraché.

Le premier cas rentre dans le groupe très étendu des altérations cellulaires consécutives à la résection ou l'arrachement des nerfs (Van Gehuchten, Marinesco, etc.) Le second est l'homologue des faits cités par Onuf (1).

Il est admis universellement surtout depuis les expériences de Gudden et de Forel que la section d'un cylindre-axe entraîne une dégénération dans les deux directions. Il n'est pas si bien connu que la dégénération ou l'atrophie peuvent dépasser le neurone blessé et affecter le neurone en connexion avec ce dernier ou même un troisième ou un quatrième. Néanmoins, ce fait paraît prouvé par les expériences et les observations de Jelgersma (2), Von Monakow et Schmidt Rimpler.

Monakow (3) décrit un cas où une porencéphalie du lobe pariéto-occipital droit avait causé une atrophie secondaire, non seulement des centres optiques primaires, pulvinar, corps genouillé externe, tubercule quadrijumeau antérieur, qui étaient extrêmement atrophiés du même côté, mais même des tractus optiques et du nerf optique gauches correspondants, réduits à moins de la moitié de leur volume. Ce fait èt un autre de Schmidt Rimpler rapportés par Monakow prouvent que les changements trophiques qui succèdent à des lésions expérimentales ou pathologiques, peuvent dépasser le neurone lésé.

Dès lors nous comprenons comment les cellules de la colonne de Clarke peuvent s'atrophier si les fibres sympathiques des racines postérieures qui se terminent autour de leurs cellules viennent à dégénérer.

Les altérations radiculaires postérieures dépendent de la loi de Waller.

Elles indiquent qu'il est dans les racines postérieures des fibres afférentes dont le centre trophique est dans d'autres ganglions que les ganglions rachidiens.

Il résulte de ces faits que:

1.° Les racines postérieures contiennent des fibres symphatiques af-

(1) «Arch. of Neurology and Psych. pathology». Voir III, p. 125, 1900.
(2) Jelgersma. «Neurolog. Centralblatt», 95.
(3) Monakow. «Arch. für Psych». V. 24, p. 229.

férentes dont le centre trophique se trouve dans les ganglions ou les plexus sympathiques.

Cette conclusion est conforme aux idées de Dogiel. Kölliker admet que le centre trophique des fibres sympathiques afférentes se trouve dans les ganglions rachidiens. Cette opinion vraie pour quelques-unes, ne peut être admise pour toutes. Sans quoi, dans nos expériences où les ganglions sont restés intacts nous n'aurions pas dû avoir d'altérations radiculaires postérieures (1).

2° *La base de la corne antérieure et la corne latérale contiennent des cellules sympathiques.*

3° *La plupart de ces cellules d'après la fréquence et les caractères de leurs altérations paraissent être le centre trophique de fibres sympathiques efférentes.* Des arguments physiologiques s'ajoutent à cette probabilité pour en faire une certitude (2).

Ces quelques recherches nous indiquent où sont des neurones simpathiques. Nous ne voulons pas dire qu'elles nous indiquent où sont tous les neurones sympathiques. Pour résoudre ce point nous faisons des recherches plus complètes. Nous pensons que l'aire entière comprise entre les cornes antérieure et postérieure a aussi des relations avec les fibres sympathiques mais nous n'impliquons pas par là que les cellules de cette région n'ont pas néanmoins des fonctions différentes. En somme il est très probable que les *fibres efférentes* du sympathique (expériences 8, 9, 10) prennent pour la plupart leur origine dans les cellules de la corne latérale.

D'autre part les *fibres afférentes* sont en connexion par leurs arborisations terminales avec les cellules de la colonne de Clarke (expérience 10, tardive).

2° *Question des localisations des neurones viscéraux dans les ganglions.*—A la Salpêtrière, nous avons de février à juin 1902, recherché sur trois chiens l'origine du nerf splénique, branche efférente du plexus solaire.

Chez un *premier chien* splénectomisé 17 jours auparavant, les cellules nerveuses du ganglion semi-lunaire gauche étaient fortement colorées et avaient une telle déviation périphérique de leur noyau que pour quelques-unes il était complètement évaginé. Les cellules des

(1) L'opinion de Kolliker, vraie pour les grosses fibres afférentes à myeline des racines postérieures est trop étroite, comme nous le montrons dans notre thèse: 2e part. Physiologie. *Topographie des neurones.*

(2) Voir ibid: Physiologie. *Topographie des neurones.*

ganglions semi-lunaire droit et mésentériques supérieurs ne présentaient pas cette déviation périphérique excessive de leurs noyaux. Le nerf splénique paraisait intact. Chez un *deuxième chien* splénectomisé soixantedix jours auparavant, alors que les ganglions semi-lunaire droit et mésentériques supérieurs étaient normaux, le ganglion semi-lunaire gauche présentait les altérations suivantes:

Il est envahi par de petites cellules rondes qui existent entre les capsules endothéliales.

Les cellules ganglionnaires sont les unes normales, les autres altérées. Ces cellules sont en chromatolyse, avec achromatose centrale et diffusion dans le protoplasma ou même disparition totale du noyau, c'est-à-dire en somme qu'elles présentent les caractères de la réaction à distance. Ces altérations portent surtout sur les petites cellules. Il est fréquent de voir à côté d'une grosse cellule normale une petite cellule complètement altérée.

Les filets sympathiques qui accompagnent l'artère splénique ont quelques fibres fines à myéline altérées. Les très rares grosses fibres à myéline qu'ils contienent sont normales. Chez un *trosième chien*, vingt-sept jours après l'arrachement du nerf splénique, nous avons trouvé dans le ganglion semi-lunaire gauche qui seul était lésé, les altérations suivantes. Il existait une infiltration de cellules rondes qui prédominait en certains points faciles à recconnaître à leur coloration un peu plus foncée. Les cellules nerveuses étaient réparties par groupes inégalement colorés. Les groupes les moins colorés étaient normaux.

Dans les groupes surcolorés, on voyait au milieu de beaucoup de cellules rondes, des cellules nerveuses en voie de destruction, réduites à leur noyau, reconnaissable à son nucléole fortement coloré, et à quelques granulations disséminées, et d'autres cellules nerveuses, moins atteintes, globuleuses, en chromatolyse avec achromatose centrale et situation périphérique de leur noyau.

Ces faits nous montrent que les alterations du nerf splénique produisent des réactions à distance dans le ganglion semi-lunaire gauche (1). Ils nous permettent donc de dire que *des neurones sympathiques de la rate ont leur centre trophique dans le ganglion semi-lunaire gauche* et nous indiquent la voie à suivre pour déterminer de la même manière les centres trophiques des neurones sympathiques du foie du pancréas, des reins, etc. Ce sera là une application de la méthode déjà employée par Marinesco et Van Gehuchten pour la localisation exacte des noyaux des nerfs craniens et médullaires.

(1) Ces fait concordent avec nos expériences physiologiques.

CONCLUSIONS

L'étude de la topographie des neurones du système solaire comprend la recherche des localisations médullaires du sympathique et de la localisation des neurones viscéraux dans les ganglions.

Ces *expériences d'ablation de la chaîne sympathique thoracique* chez le chien suivies d'examens de la moelle et des nerfs, nous ont permis de penser que les fibres sympathiques qui sortent de la moelle, prennent pour la plnpart leur origine dans les petites cellules de la corne latérale et que les fibres sympathiques qui arrivent dans la moelle sont en connexion par leurs arborisations terminales avec les cellules de la colonne de Clarke. Des *expériences d'ablation de la rate ou du nerf splénique* chez le chien, suivies de l'examen des ganglions solaires et de leurs nerfs efférents, nous ont permis de penser que des neurones sympathyques de la rate ont leur centre trophique dans le ganglion semilunaire gauche.

ETUDE PHYSIOLOGIQUE SUR LA TOPOGRAPHIE DES NEURONES DU SYSTEME SOLAIRE

par Mr. LAIGUEL-LAVASTINE (Paris).

L'idée d'une *topographie physiologique* du sympathique a été exprimée pour la première fois par M. Francois-Franck en 1884 (1).

Nous avons tenté ailleurs (2) de formuler *le département du plexus solaire.*

Une telle étude parait intéressance, non seulement au point de vue physiologique, mais aussi et surtout peut être, au point de vue pathologique; on comprend sans peine comment l'altération d'une région de passage aussi complexe que celle du plexus solaire peut donner lieu à des troubles fonctionnels aussi multiples et étendus que le pourrait la lésion de tout un tronçon de moelle, les nerfs fournis par ce tronçon médullaire étant groupés dans le plexus solaire. Aussi, en présence de troubles atteignant simultanément la sensibilité, la circulation, la respiration et les fonctions de certains viscères abdominaux, au lieu de penser à une affection médullaire ou viscérale, peut-

(1) Dut. Dechambre. XIV p. II.
(2) Laiguel-Lavastine. Recherches sur le Plexus solaire. Thése Paris 1903.

on être amené à poser tout au mois la *question d'une altération ganglionnaire localisée.*

C'est un point aujour d'hui acquis que le sympathique, dont la pro-provenance encephalo-rachidienne est établie, se trouve en partie enclavé dans les expansions nerveuses du système de la vie de relation el que tout le système nerveux organique, le pneumogastrique mis à part, n'est pas confiné dans le sympathique. Etudier le département du plexus solaire revient donc à determiner la répartition, les trajets, les niveaux de pénétration et de sortie de ces filets viscéraux; autrement dit, résumer la distribution segmentaire des nerfs moteurs, vaso-moteurs, sensibles et sécrétoires, fixer les localisations fonctionnelles des ganglions semi-lunaires et mésentériques supérieurs et discuter les questions des fibres transganglionnaires et des connexions du sympathique et de la moelle.

Nous n'envisagerons ici du *département solaire* que la *topographie des centres réflexes ganglionnaires* et les *connexus du sympathique et du système cérébro-spinal.*

I. *Topographie des centres réflexes ganglionnaires.*

On la détermine par des expériences inverses d'excitation et d'ablation de chacun des ganglions dont on veut connaître le territoire. Cette méthode qui a été appliquée par F. Franck pour le ganglion stellaire, par Courtade et Guyon pour le ganglion mésentérique inférieur, a été employée par nous pour la topographie des ganglions solaires.

De nos *expériences d'ablation (expériences 14 à 21* (1), il résulte que l'extirpation des ganglions solaires produit une hypéremie généralisée des viscères abdominaux, foie, pancréas, rate, estomac, intestin grêle et surrénal. L'extirpation des ganglions semi-lunaires produit l'hypérémie de l'estomac, du foie et de la rate, l'extirpation du droit fait prédominer l'hypérémie dans le foie; l'extirpation du gauche dans la rate.

L'extirpation des deux mésentériques laissent intacts le foie et la rate et produit l'hypérémie de l'intestin.

L'extirpation d'un seul ganglion mésentérique supérieur ne produit pas d'hypérémie appréciable.

Nos *expériences d'excitation accompagnées de tracés (expériences 1 à 7)* (2), concordent avec les expériences d'ablation.

(1) De notre thèse.
(2) De notre thèse.

De ces faits, nous pouvons conclure que le *ganglion semi-lunaire gauche commande les vaso-moteurs de la rate*; le *semi-lunaire droit, les vaso-moteurs du foie*; les *mésentériques supérieurs, les vaso-moteurs de l'intestin grêle.*

De cette topographie des territoires ganglionnaires est connexe la question de la *topographie des fibres transganglionnaires.* A ce sujet les physiologistes se partagent en deux camps: les uns admettent que les fibres afférentes des ganglions solaires s'y terminent et que les fibres efférentes ont leurs centres trophiques dans ces ganglions; les autres pensent que, si cette formule est vraie, elle est incomplète et que les ganglions solaires, comme les ganglions de la chaîne sympathique ou les ganglions rachidiens, sont traversés par des fibres qui se continuent directement des filets afférents aux filets efférents.

Pour résoudre cette question, Langley a eu recours à sa méthode d'intoxication par la nicotine. D'après lui, la nicotine ne paralyse pas les extrémités périphériques des vaso-moteurs tandis qu'elle paralyse les cellules ganglionnaires. Langley a appliqué ce procédé d'analyse à la question des rapports des fibres du splanchnique avec les ganglions solaires.

La discussion de ces expériences et les nôtres nous ont permis de conclure que, si toutes les fibres inhibitrices et vaso-dilatatrices s'arrêtent dans les ganglions solaires, il existe des fibres vaso-constrictives qui les traversent en partie (1).

Cette conclusion n'est d'ailleurs pas contraire à la caractéristique du système sympathique, le relais cellulaire, sur les voies de conduction. Mais si, en général, la station solaire est la seule et unique depuis la moelle jusqu'à la périphérie sur le trajet de la majorité des fibres splanchniques, il existe néanmoins un certain nombre de fibres pour lesquelles la station cellulaire est reportée, non dans les ganglions de la chaîne principale, mais dans de petits ganglions compris entre le plexus solaire et les viscères, les ganglions du plexus d'Auerbach par exemple.

II. *Connexions du sympathique et du système cérébro-spinal.*—Pour préciser ces connexions, il faut d'abord s'entendre sur les termes. Le système sympathique n'est pas synonyme de système de la vie organique. Il comprend essentiellement des voies de conduction formées chacune d'au moins deux neurones superposés.

Toute conduction est donc sympathique qui, pour aller de la moelle

(1) Pour plus de détails. Voir Laignel-Lavastine. Plexus solaire. Physiologie, chap. IV.

à la périphérie, emprunte deux neurones. Toute autre est cérébro-spinale. Dans cette manière de voir, une première question qui se pose est de savoir si toutes les voies de conduction qui sont décrites dans le système sympathique ont bien ce caractère sympathique d'un relais sur leur trajet.

Il n'existe qu'une exception sur laquelle nous avons déjà insisté ailleurs. (1) Ce sont les *grosses fibres afférentes à myéline dont le centre trophique est dans le ganglion cérébro-spinal*, qui atteignent la moelle par les racines postérieures et dont le prolongement protoplasmique vient des viscères abdominaux. Ces fibres ont absolument tous les caractères des fibres cérébro-spinales sensitives; elles en ont le diamètre, la myéline, le siège de leur centre trophique. Elles n'en diffèrent que par leur origine. Leur extrémité protoplasmique est en connexion avec des viscères, au lieu d'être en connexion avec la peau des membres par exemple. Cette différence de connexion n'implique pas une différence de nature. Ce sont des *fibres cérébro-spinales centripètes viscérales.* Ce ne sont pas des fibres sympathiques.

En les envisageant de la sorte, le système sympathique est nettement limité. Son ensemble est formé par une réunion de nerfs d'une espèce particulière. Les neurones qui les forment ont leurs centres trophiques dans les ganglions sympathiques et dans la moelle.

Localisation des cellules sympathiques dans les ganglions sympathiques.—Ces cellules sont à étudier dans les *ganglions de la chaîne*, dans les ganglions solaires et dans les *petits ganglions des plexus périphériques,* tels que le plexus d'Auerbach et de Meissner.

En effet, la question qui divisait autrefois les auteurs de savoir si oui ou non les ganglions spinaux contenaient des cellules sympathiques, comme le soutenaient Kölliker et Barbieri, a été résolue par la négative; les grosses fibres afférentes à myéline, dont le centre trophique est dans les ganglions spinaux, ont, quoique venant des viscères, le caractère de fibres cérébro-spinales.

Ces fibres sympathiques sont afférentes ou efférentes. Les centres trophiques de ces deux variétés de fibres se trouvent dans chaque espèce de ganglions sympathiques, ganglions de la chaîne, ganglions solaires, ganglions périphériques. Ces centres trophiques répondent les uns aux grandes, les autres aux petites cellules que l'on trouve dans les ganglions sympathiques et que nous avons décrites dans les ganglions semi-lunaires (2). *Chacune des trois variétés de ganglions*

(1) Id.

(2) Voir id. Anatomie.

sympathiques est donc réunie l'une à l'autre par un double faisceau de fibres afférentes et efférentes. Le système splanchnique diffère du système sympathique, en général, en ce que *ses fibres efférentes n'ont pas de centres trophiques dans les ganglions de la chaîne.*

Localisations médullaires du sympathique en général, et du splanchnique en particulier.—Reste á préciser, dans la moelle, la situation des centres trophiques des fibres sympathiques qui en sortent et les connexions des extrémités des fibres qui y pénètrent.

C'est ce double problème, d'origine et de terminaison, que l'on appelle souvent, couramment et incorrectement, la question des origines médullaires du sympathique.

Les *physiologistes*, qui par leurs méthodes fournissent des réponses à la question des points d'émergence médullaires des vaso-moteurs on du moins qui déterminent entre quels communicants se trouvent les vaso-moteurs de tel organe, et qui peuvent établir la topographie fonctionnelle des centres ganglionaires solaires, ne donnent que des réponses incomplètes à la question des connexions du sympathique et du système cérebro-spinal.

Ils sont arrivés à localiser des cellules sympathiques dans les ganglions de la chaîne à localiser des vaso dilatateurs dans les racines postérieures, à démontrer par exclusion l'existence des centres trophiques de ces vaso-dilatateurs dans la moelle, mais ils ne peuvent aller plus loin. Ces centres qu'ils admettent, ils ne peuvent les figurer. C'est à l'anatomie de les situer et de les décrire.

L'anatomie par ses méthodes de dégénérescences secondaires et des réactions à distance, précise quelles fibres, après section des rameaux communicants ou des racines postérieures, en dedans ou en dehors du ganglion spinal, dégénèrent dans le bout central, et quelles cellules réagissent à distance après arrachement des cordons sympathiques.

Les premier essais de la localisation d'après les altérations des fibres sont déjà anciens.

La seconde partie, l'étude des localisations cellulaires par les réactions à distance est beaucoup plus nouvelle.

Elle était impossible avant les méthodes d'histologie fine.

Nous avons déjà (1) exposé nos expériences et leurs résultats. La *pathologie* fournit des observations corrélatives des expériences physiologiques et des faits anatomiques que nous avons décrits.

Despuis longtemps, les cliniciens ont attiré l'attention sur les trou-

(1) Laiguel-Lavastine. Thèse 1903, et Congrès de Madrid. Sect. de Neurologie, 1303.

bles vaso-moteurs des traumatismes médullaires et les multiples modalités vaso-motrices, thermiques, sudorales et trophiques des maladies chroniques de la moelle.

Pour grouper tous ces faits épars de la physiologie, de l'anatomie et de la pathologie, on a édifié des schémas qu'il fallait naturellement modifier à chaque nouvelle donnée importante, mais qui, malgré leur imperfection, permettent de fixer les idées sur le fonctionnement complexe du sympathique.

Les idées directrices sur ces matières sont formulées: en France dans les travaux classiques de F. Franck, Nuel, Grasset, Dastre et Morat; en Allemagne, Kölliker et en Angleterre dans ceux de Langley, complétés tont récémment en France par H. Roux et Bonn; en Allemagne par Graupner et aux Etats-Unis par Onuf.

III. Les faits physiologiques que nous venons de rapporter, les faits anatomiques et pathologiques que nous avons étudié ailleurs (1), ainsi que les thèmes des auteurs que nous venus de citer, nous permettent d'envisager dans leur ensemble:

1° Lo metamérie sympathique.

2° La topographie du système splanchnique.

3° La valeur de l'homologie du sympathique et du pneumogastrique.

1° *Métamérie sympathique.*—La physiologie montre que chacun des viscères dépendant du plexus solaire a des vaso-constricteurs et des vaso-dilatateurs, dont la hauteur des connexions médullaires est nettement determinée, et que chaque étage médullaire correspond à un segment sympathique. Cette métamérie comprend essentiellement deux ordres de fibres, les *fibres pré-ganglionnaires ou protoneurones de Langley*, *intercentrales de Dastre et Morat*, qui passent par les rameaux communicants, et les *fibres post-ganglionnaires ou deutoneurones de Langley*, *périphériques de Dastre et Morat*, qui unissent les ganglions sympathiques aux viscères.

Les uns et les autres sont afférents et efférents.

Les *protoneurones efférents* naissent de la moelle et passent par les racines antérieures et postérieures.

La *protoneurones afférents* prassent par les racines postérieures.

Les *deutoneurones afférents* naissent dans les ganglios sympathiques de la chaîne, ou périphériques.

---

(1) Laiguel.—Lavastine. Recherches sur le Plexus solaire. Thèse de Paris. 1803.

Les *deutoneurones afférents* ont leurs centres dans les viscères ou dans les ganglions périphériques.

L'anatomie montre que les protoneurones sont à myéline et les deutoneurones sans myéline, mais que certaines fibres longues, perdant leur myéline dans leur trajet, à travers un ganglion par exemple, ressemblent, dans leur partie périphérique, à des deutoneurones amyéliniques. *La division des fibres sympathiques basée sur la myéline a donc moins de valeur que la divison physiologique.*

Les *protoneurunes efférents* naissent dans la moelle, au niveau de la corne latérale, de la région paracentrale et probablement aussi des petites cellules de la zone intemédiaire. Ils passent par les racines antérieures et postérieures sous l'aspect de petites fibres à myéline.

Les *protoneurones afférents* sont à petites fibres ou a grosses fibres à myéline. Les grosses fibres à myéline qui réunissent sans relais les viscères à la moelle et ont leur centre trophique dans le ganglion rachidien ont la valeur de fibres cérébro-spinales.

Les *protoneurones afférents á petites fibres* ont leur centre dans les ganglions sympathiques de la chaîne. Ce sont eux qui sont altérés dans le tabès.

Les *deutoneurones efférents* son amyéliniques.

Les *deutoneurones afférents* sont, pour la plus grande majorité, amyéliniques. Quelques uns, nés dans les ganglions solaires, sont de petites fibres à myéline.

Les différents étages médullaires du sympathique sont en connexion les uns avec les autres.

D'une part, les fibres afférentes ont leurs prolongements cylindraxyles qui se bifurquent en branches ascendantes et descendantes.

Les deutoneurones afférents réunissent à un ganglion périphérique plusieurs ganglions de la chaîne; les protoneurones afférents réunissent à un ganglion de la chaîne plusieurs segments médullaires.

D'autre part, les protoneurones efférents descendent quelquefois soit dans la moelle, soit dans la chaîne sympathique pendant quelques étages. Ainsi, dans le système du grand splanchnique, les centres trophiques des fibres efférentes sont situés beaucoup plus haut que leurs points d'émergence.

2.° *Topographie du système splanchnique.*—La métamérie du système splanchnique ne diffère de celle du sympathique en général, qu'en ce qu'*il n'y a pas de centres trophiques, pour les deutoneurones efférents, dans les ganglions de la chaîne.* Les nerfs moteurs du splanchnique sont tout à fait indépendants de ces ganglions. Ce fait est déjà visible en anatomie macroscopique.

La façon d'envisager le système splanchnique par métamères est schematique.

En effet les fibres efférentes qui le composent et sortent de la moelle du 5e au 12e segment médullaire dorsal ont leurs centres trophiques situés dans la moelle dans les cornes latérales de la partie toute supérieure de la moelle dorsale et même de la partie inférieure de la moelle cervicale.

3.° *Homologie du sympathique et du pneumogastrique.*—Cette idée ancienne due à de Blainville, exprimée par Gaskel et Nuel, a été reprise par Thébaut en France, par Onuf en Amérique.

Elle trouve des arguments dans l'étude de la topographie fonctionnelle du sympathique.

Cette disposition très générale du sympathique permet d'établir, sinon des identités, du moins des homologies avec certains nerfs bulbaires, le pneumogastrique, entre autres, qui avec ses deux ganglions, son grand nombre de petites fibres à myéline, la situation de son noyau moteur dans le prolongement des noyaux moteurs sympathiques médullaires, ses fonctions inhibitrices qui le rapprochent des vaso-dilatateurs, des fibres inhibitrices, d'une façon très générale des fibres intercentrales, font de lui le type d'un *faisceau de protoneurones sympathiques efférents et afférents qui ne différent des médullaires que par leur situation bulbaire.*

Le sympathique thoraco-lombaire est donc à la moelle ce que le pneumogastrique est au bulbe.

I.—Pour établir la topographie des centres réflexes ganglionnaires, nous avons fait des expériences d'ablation et d'excitation et, pour la topographie des fibres transganglionnaires, des expériences de nicotinisation selon la méthode de Langley. Il résulte de ces expériences que le ganglion semi-lunaire gauche commande les vaso-moteurs de la rate, le semi-lunaire droit, ceux du foie, les mésentériques supérieurs, ceux de l'intestin grêle; mais si toutes les fibres inhibitrices se terminent dans ces ganglions, il est des fibres vaso-constrictives qui les traversent sans s'y arrêter.

II.—Pour établir les connexions du sympathique et du système cérébro-spinal, il faut d'abord étudier la localisation des cellules sympathiques dans les ganglions et ensuite dans la moelle. Il n'existe pas de cellules sympathiques dans les ganglions rachidiens. On y trouve bien les centres trophiques des grosses fibres afférentes à myéline qui viennent des viscères abdominaux et gagnent la moelle par les racines postérieures; mais comme cette voie de conduction sensitive n'a pas

de relais cellulaires sur son trajet, elle ne répond pas à la caractéristique anatomique du système sympathyque. Les centres trophiques des deux espèces de fibres sympathiques afférentes et efférentes se trouvent dans chaque espèce de ganglions sympathiques, ganglions de la chaîne, ganglions solaires, ganglions périphériques.

Le système splanchnique diffère du système symphatique en général en ce que ses fibres efférentes n'ont pas de centres trophiques dans les ganglions de la chaîne.

Les centres médullaires du sympathique en général, et du splanchnique en particulier, dont l'existence est démontrée nécessaire par la physiologie, dont la topographie a été indiquée hypothétiquement par la pathologie, ne pouvaient être figurés que par l'anathomie. Avec Onuf, aux Etat-Unis, et Biedl en Allemagne, nous avons par des expériences d'ablation du sympathique thoracique et du splanchnique, pu mettre en évidence quelques points importants.

III.—On peut actuellement concevoir les choses de la façon suivante:

1° Un métamère sympathique comprend, en plus des grosses fibres afférentes à myéline dont le centre trophique est dans le ganglion rachidien;

Des protoneurones efférents, à myéline, du moins dans la plus grande partie de leur course, et dont le centre trophique est dans la corne latérale;

Des deutoneurones efférents, sans myéline, dont le centre trophique est dans les ganglions sympathiques;

Des protoneurones afférents, à myéline, du moins dans la plus grande partie de leur course, et dont le centre trophique est dans les ganglions de la chaîne;

Des deutoneurones afférents, la plupart sans myéline, quelques-uns à myéline, dont le centre trophique se trouve dans les ganglions sympathiques périphériques ou solaires.

2° Le système splanchnique dont les points d'émergence sont compris entre les 5e et 12e communicants et dont les centres médullaires sont dans la partie inférieure de la moelle cervicale et supérieure de la moelle dorsale ont une métamérie qui ne diffère de celle du sympathique en général qu'en ce qu'il n'est pas de deutoneurones efférents qui prennent naissance dans les ganglions de la chaîne.

3° Au bulbe, la disposition des neurones du système pneumogastrique rappelle à ce point la disposition des neurones sympathiques dans la moelle, qu'il semble aujourd'hui que l'homologie déjà signalée

par de Blainville soit exacte, et qu'on puisse dire que le pneumogastrique est au bulbe ce que le sympathique est à la moelle. Le système pneumogastrique est le département bulbaire du système grand sympathique.

CONSIDERATIONS SPECIALES SUR LE SUICIDE CHEZ LES ALIENES PENDANT LEUR INTERNEMENT

par Mr. THIVET (de Paris).

La séquestration des aliénés qui présentent le syndrôme suicide trouve son explication dans ce fait que les asiles d'aliénés doivent être organisés de façon à empêcher les malades de mettre leur projet à exécution. En est-il ainsi, et les établissements consacrés au traitement de l'aliénation mentale, présentent-ils le maximum de sécurité que les familles aussi bien que les autorités administratives sont en droit d'espérer? En d'autres termes, les suicides sont-ils possibles pendant l'internement, sont-ils fréquents, quels en sont les moyens d'exécution, quels sont les moyens dont on dispose pour en restreindre le nombre, ces moyens sont-ils suffisants? Peut-on imaginer un ensemble de mesures plus avantageuses, plus efficaces? Telles sont les questions sur lesquelles nous voulons présenter quelques considerations très brèves et à un point de vue tout à fait général.

De l'enquête à laquelle nous nous sommes livré il résulte que le suicide est assez fréquent dans les asiles d'aliénés. Dans certains services particulièrement encombrés et où par conséquent la surveillance est plus difficile, leur nombre s'élève parfois à 5 ou 6 par an; il est rare que les rapports de fin d'année n'en mentionnent pas un ou deux.

Le suicide peut s'observer dans toutes les formes de maladies mentales mais surtout dans la mélancolie anxieuse, à tel point que certains auteurs ont décrit comme entité morbide une *mélancolie-suicide*. Souvent il est héréditaire et nous en connaissons tous des exemples; il existe même des tableaux généalogiques de familles tarées entièrement éteintes par le suicide. On l'observe également dans l'imbécillité, l'épilepsie, la dégénérescence mentale, la démence précoce, la paralysie générale, la démence sénile et même chez les persécutés, bien que le

fait ait été contesté. On a prétendu en effet que les persécutés ne se tuaient pas parce qu'ils auraient l'air de céder devant leurs ennemis imaginaires et qu'an contraire ils veulent lutter sans trêve pour faire triompher leur innocence et assurer leur vengeance.

Pour que cet argument ait toute sa valeur, il faudrait démontrer tout d'abord que les persécutés ne se suicident que par suite d'un raisonnement, ensuite qu'il raisonnent comme il vient d'être dit. Nous croyons plus volontiers avec Mr. le Dr. Christian que l'aliéné ne raisonne pas son délire, qu'il le subit et que nul ne le subit plus passivement que les persécutés.

Les aliénés qui se suicident pendant leur internement peuvent être classés en deux catégories. La première comprend tous les individus chez lesquels le suicide est causé directement par leur affection mentale, la deuxième est formée par les malades qui ne peuvent supporter leur internement et préférent la mort à la séquestration.

Ajoutons que dans certains cas la maladie mentale et l'internement doivent également être incriminés.

Déjà en 1876 le Dr. Brosius écrivait: Les suicides dans les asiles sont surtout fréquents dans les premiers temps après l'entrée des malades et je me demande si ce ne serait pas le chagrin de se voir enfermé, la séparation de la famille, de son milieu habituel... etc. qui parfois pousserait le malade à cet acte de désespoir etc., si dans certains cas ou n'aurait pas pu l'éviter en continuant de la soigner à domicile; il est vrai que les suicides de mélancoliques sont très-fréquents hors des asiles et que d'ailleurs la famille se décide à interner le malade précisément à cause d'une exacerbation de son mal. Quoi qu'il en soit le médecin appelé à donner son avis sur la convenance d'un internement, doit peser sérieusement ce côté de la question.

Pour notre part nous croyons que le suicide causé uniquement par l'internement est plutôt chose rare mais sans nier qu'il puisse se produire.

Quels sont les procédés mis en œuvre par les aliénés pour se suicider pendant leur séjour à l'asile? Le plus employé de beaucoup est la pendaison. Une statistique de 10 années dans un service de 800 malades a donné 20 cas de suicide dont 14 par pendaison.

Par suite même des conditions d'existence dans lesquels ils sont placés, rarement les males peuvent se procurer un instrument tranchant ou perforant, ceux qui y réussissent sont généralement des aliénés qui travaillent au dehors des quartiers de traitement; le plus souvent ils en sont réduits à employer la strangulation ou la pendaison

qu'ils peuvent pratiquer facilement avec leur mouchoir, leur chemise, leur cravate etc.

Une constatation qui présente un certain intéret c'est que la plupart des suicides ont lieu pendant la nuit. Les malades qui, voulant se détruire, n'obéissent pas à une impulsion soudaine mais qui, amenés à désiderer la mort par suite de l'évolution de leurs idées délirantes, mûrissement en quelque sorte leur projet, ceux-là recherchent de préférence la tranquillité de la nuit, ils savent que la surveillance est moins rigoureuse, qu'ils se dissimuleront plus aisément. C'est du moins la seule explication que nous trouvions de ce fait que les deux tiers des suicides dont nous avons recueilli l'observation ont été accomplis pendant la nuit.

Certains suicides en série revêtent parfois la forme épidémique, contagieuse. Nous pourrions citer à ce sujet 4 cas de pendaison observés dans le même service en l'espace de deux mois, cas dans lesquels la contagion apparait des plus manifeste en ce sens que les malades en question se sont suicidés la nuit, dans les mêmes conditions, ayant pris les mêmes précautions pour se soustraire à la surveillance dont ils étaient l'objet; les deux premiers étaient des mélancoliques, le troisième un alcoolique, la quatrième un dégénéré qui jusqu'à cette époque n'avait jamais laissé paraître aucune tendance de cette nature et qui évidemment a du être séduit par la facilité avec laquelle les précédents s'étaient débarrassés de la vie.

Faut-il s'étonner que le suicide déjà contagieux par lui-même au sein de toutes les collectivités, le soit à un degré très-marqué dans le milieu spécial des asiles?: non sans doute, puisqu'il trouve là un terrain tout préparé et des sujets plus enclins à la loi d'imitation.

En thèse générale on peut dire que le nombre des suicides dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales est en raison inverse du nombre et de la qualité des préposés à la surveillance.

Or voyons comment s'exerce cette surveillance. Nous parlons bien entendu des asiles en général et non des exceptions. On obéit encore aux vieux errements: Classement des malades en tranquilles, demi-tranquilles, agités, épileptiques, vieillards, etc. Les quartiers d'observation y sont rares, les salles pour l'alitement thérapeutique souvent inconnues; les infirmiers au nombre de 3 ou 4 dans des quartiers de 50 malades environ et pour la nuit un ou deux veilleurs chargés de faire des rondes dans tous les quartiers. Qu'en résulte-t-il?

Une surveillance de jour très-insuffisante et une surveillance de nuit tout à fait illusoire. Tous disons que la surveillance de jour est

insuffisante, mais encore elle existe, tandis que la surveillance de nuit est nulle dans tous les dortoirs d'aliénés où l'on n'a pas organisé un service de veille permanente.

En effet nous ne pouvons considérer comme efficaces les rondes de veilleurs qui se font à *intervalles réguliers* dans les dortoirs des malades. Tout au plus peut-on leur accorder une certaine utilité au point de vue de la discipline générale, des tentatives d'évasion, du danger d'incendie, mais en ce qui concerne les tentatives de suicide, leur garantie est assurément trompeuse en ce sens qu'un malade fermement décidé à se détruire prendra toujours la précaution élémentaire d'attendre que le veilleur soit passé, sachant bien qu'entre deux rondes une heure ou deux s'écouleront et qu'il pourra sans crainte d'être dérangé mettre son projet à exécution.

On dira peut-être que les infirmiers de jour doivent également exercer leur surveillance pendant la nuit et que, leur chambre—toujours à proximité des dortoirs—étant pourvue d'une ouverture spéciale, rien de ce qui se passe parmi les malades ne doit leur échapper. Nous pensons très-sincèrement qu'il est contradictoire de demander à un même personnel le service de jour et le service de nuit et nous ajoutons que nous ne pouvons compter sur la vigilance des employés pendant le jour que si ces derniers ont pris pendant la nuit un repos d'ailleurs bien mérité.

Une bonne mesure consiste à rassembler dans un même quartier tous les malades suspects au point de vue du suicide, de les confier à un personnel experimenté et en nombre suffisant. Mais cette combinaison ne donne encore qu'une sécurité relative car si nous réunissons en un même groupe tous les malades chez lesquels nous avons découvert ou soupconné le *tœdium vitœ*, nous savons néanmoins que cet état particulier peut exister chez des malades qui jusqu'alors l'ont dissimulé avec soin, nous savons aussi que l'idée de suicide peut chez d'autres germer tout à coup, se présenter sous la forme d'une impulsion et nous en arrivons logiquement à cette conclusion que chaque dortoir d'un service d'aliénés doit être pourvu d'un veilleur. Ce n'est point là une utopie et cette organisation existe déjà dans plusieurs asiles, nous pourrions citer comme exemple le service d'un de nos collègues, service de 400 malades dont la surveillance de nuit est confiée à huit veilleurs (1 par 50 malades) placès sous la direction d'un chef qui doit vérifier plusieurs fois dans le courant de la nuit si les veilleurs sont bien à leur poste. Le résultat de cette organisation est le suivant: pas un cas de suicide en 4 ans.

En résumé le suicide des aliénés pendant leur internement, c'est à

dire pendant le temps où la société les retranche de son sein non seulement pour se préserver de leur atteinte mais aussi, mais surtout dirions-nous, pour les protéger, le suicide à l'asile est encore trop fréquent. Sans pouvoir en espérer la disparition complète, il est possible grâce à un ensemble de mesures rationnelles d'en voir diminuer le nombre. Les mesures qui nous paraissent les plus pratiques et les plus efficaces sont les suivantes:

Aménagement d'un quartier d'observation auquel peut être annexée une salle d'isolement pour les cas aigus. Dans ce quartier d'observation seraient placés les malades à idées de suicide avérées ou seulement soupconnées. Le nombre des infirmiers serait dans ce quartier de un pour cinq malades, un pour trois dans la salle d'alitement.

Le nombre dss infirmiers préposés à la surveillance des autres quartiers ne devrait jamais être moindre de un pour dix malades.

Tous les dortoirs seraient pourvus d'un veilleur n'ayant pas d'autre fonction.

Dans le même ordre d'idées nous pensons qu'on ne devrait admettre en qualité d'infirmiers que des professionnels ayant conscience des devoirs qu'ils ont à remplir et non des déclassés qui regardent ce métier comme un pis-aller.

Peut-être y aurait-il lieu en augmentant les salaires, en instituant des pensions de retraite, de se montrer plus exigeant dans le recrutement de ce personnel. C'est en relevant le niveau moral de la profession qu'on fera d'un agent subalterne un auxiliaire extrêmement précieux, dont le zèle et le dévouement pourront répondre à la tâche difficile qui lui est dévolue.

SUR LA SIMULATION DE LA FOLIE EN BOSNIE-HERZÉGOVINE

par Mr. KOETSCHET (Sarajevo)

Lorsque, il y a dix ans, je commençai ma carrière d'aliéniste à l'hôpital du Vakuf à Sarajevo, je me trouvai, en ce qui concerne la simulation de la folie, partisan de doctrines aujourd'hui quelque peu modifiées. Me basant sur l'affirmation de certains auteurs, je considérai ce phénomène comme étant exclusivement la manifestation de certaines désorganisations mentales.

C'est pourquoi je ne fus pas sans être déconcerté, lorsque j'eus

dans une expertise acquis la conviction d'avoir à faire à une simulateur de la plus belle eau, libre de toute aliénation et de toute trace.

Depuis, les cas se sont multipliés et à l'heure présente, je dispose de 9 cas de simulation sur 22 délinquants soumis à une expertise médico-légale, dont six attribuables à des individus absolument sains d'esprit et de corps.

L'étiologie de ces derniers était absolument pure. Les recherches les plus minutieuses ne purent relever aucune tare d'hérédité pathologique. Dans tout leur passé on n'a pu constater aucune morbidité; ils n'avaient jamais fais montre de la moindre aberration, fut-ce même d'une bizarrarie de caractère, d'une excentricité quelconque, qui eut pu permettre de les ranger dans la zône mitoyenne. L'examen, poursuivi souvent pendant des semaines et des mois n'a pu mettre à jour aucun stigmate, aucune trace, soit héréditaire, soit acquise.

Jusque là absolument intégres, au sens juridique et au point de vue médical, ils sont devenus tous subitement aliénés, soit durant l'instruction de leur affaire, soit immédiatement après la condamnation (cinq d'entre eux étaient des criminels passionnels). L'un avait assassiné sa sœur par fanatisme religieux, celle-ci ayant déshonoré sa famille, d'après l'opinion du frère, en épousant un jeune homme appartenant à un autre culte. Le second avait immolé sa fille pour un motif analogue.

Le troisième avais blessé à mort son père, qui le maltraitait. Le quatrième avait assommé un voisin qui s'était pris de querelle avec son père. Le cinquième, poussé an meurtre par des railleries inconsidérées, avait assassiné sa femme adultere et divorcée et le complice la veille du jour, où ils allaient légaliser leur union par le mariage.

Un sixième avait, abusant de sa force, ravi sa bourse à un compagnon de voyage.

Quelques-uns de ces crimes avaient été premédités; les préparatifs préalables ont été prouvés. Des mesures préventives avaient également été prises, dans le but de faire apparaître le forfait sous un jour plus favorable.

Nous avous eu aussi l'occassion de relever la singularité de la mentalité criminelle, qui poussée à un haut degré caractérise les forfaits de cerveaux mal organisés, surtout de fous-moreaux, mais que l'on constate aussi dans les méfaits des gens du peuple, et particuliérement des paysans; comme le fait observer très judicieusement P. Bourget. Ceux-ci associent, dit l'auteur, à une certaine complication des plans, qui décèle un subtil esprit de ruse, des grossièretés de moyens qui déconcertent par l'illogisme de leur imrrévoyance.

Il n'est guère possible de discuter sur la question à savoir, si la simulation de la folie est facile ou difficile à dévoiler, parce qu'on doit faire leur part aux deux opinions.

S'il y a eu des cas dont la déconverte a causé de grosses difficultés aux experts les plus habiles, il n'en est pas moins vrai, qu'il y en a aussi de reconnaissables à première vue.

Presques tous mes cas étaient de ces derniers. Vu le niveau intellectuel des sujets—des paysans—et le manque de modèles, auxquels ils auraient pu se conformer, ils ne parvenaient qu'à offrir des caricatures d'états morbides les plus invraisemblables, dont la naiveté devenait pour aussi dire repoussante à force de platitude. La tendance de tout faire à rebours jusqu'aux actes les plus insignifiants de la vie journalière, même ceux qui s'accomplissent automatiquement; les exagérations les plus manifestes, les contradictions les plus flagrantes entre des états de conscience immédiatemen successifs; les états soi-disant déments ou délirants précédant ou suivant sans transition la faculté de se prévaloir de toutes sortes d'excuses plus ou moins ingénieuses, dès qu'on touchait aux méfaits commis; les accès de folie furieuse accompagnés de la circonspection la plus evidente; les vociférations les plus obscènes, les menaces les plus terribles, les coups plus souvent esquissés que donnés, toujours adressés aux infirmiers, jamais aux médecins présents; les grimaces, les mômeries, les gambades et contorsions réservées presque exclusivement à l'entrée des experts; l'intermittence forcée de tous ces exercices fatiguants; les longs repos réclamés par la nature surmenée; l'illogisme le plus manifeste présidant à tout ce desarroi; enfin l'ostentation avec laquelle ils se déclaraient eux-mêmes malades; la satisfaction la plus vivement manifestée, lorsqu'on avait l'air d'entrer dans leurs vues; la facilité stupéfiante, avec laquelle la plupart donnaient dans les pièges les plus grossiers; l'ahuirissement complet, lorsque sûrs de leur fait, et au moment, où ils ne s'y attendaient guère, ils s'entendaient dire à brûle-pourpoint, qu'on n'était pas dupe de leurs manœuvres, et qu'ils pouvaient se considérer comme démasqués. suivi chez la plupart d'un aveu résigné (et chez l'un d'eux d'un accès de fureur sincère cette fois, auquel accès s'associèrent des éléments évidemment factices et surajoutés, probablement acquis par l'habitude); tout cela ajouté au manque absolu de syndromes somatiques, au fonctionnement irréprochable de tous les organes et à l'étiologie négative, contribuait à assurer le diagnostic.

Nous avons toujours gardé la sérénité professionnelle, malgré le

grotesque souvent écœurant de toute ces scènes, et nous avons pu nous passer de mesures coërcitives.

Les juges instructeurs nous ayant toujours accordé les sursis nécessaires, la patience et les pièges suggestifs du genre recommandé par Krafft-Ebing ont été nos seuls auxillaires contre les obstinés.

Et lorsque nous avons du une fois user de la camisole de force, le soi-disant fou fourieux qui semblait vouloir tout saccager, n'opposa qu'une résistance, aussi factice que molle, à l'immobilisation des membres supérieurs, parce que celle-ci lui procurait, par force majeure, le repos dont il avait étrangement besoin, après de longues minutes de lutte.

Nous n'en avons eu qu'un seul qui ne put être démasqué, subjectivement, passez moi l'expression—c'est-à-dire qui n'avoua pas au terme légal. Celui là jouait à l'idiot; additionnait, 2 plus 2, font trois, tendait toujours la main gauche, quoiqu'il fut droitier, repondait par: bonsoir, à un salut matinal et inversement, faisait semblant d'ignorer l'usage de la cuiller et mangeait à même l'écuelle etc., le reste était à l'avenant. C'était un gros garçon replet, d'une intelligence assez obtuse, mais qui avait eu la bonne intention, due peut-être à son indolence obése, de choisir un rôle aussi passif que possible, et de ne rien risquer par trop d'activité. L'aveu d'une simulation n'étant par lui-même qu'une preuve de santé mentale sujette à caution nous pûmes nous en passer.

D'aitleurs nous ne nous en sommes pas tenus là; des informations recueillies à diverses reprises et tout récemment encore à la prison centrale, n'aurait fait que confirmer nos appréciations sur tous les six cas sus-mentionnés.

Le septiéme cas était un individu de constitution névropathique et suspect d'épilepsie, dont la névrose n'avait cependant pas atteint les facultés mentales. A son égard nous avons eu à nous prononcer rétrospectivement sur des symptômes manifestés en prison, qui étaient du même acabit que les précédent et qui furent facilement reconnus et declarés constituer un essai de simulation. Ceci confirme la présomption que les prisons pourraient bien recéler, chez nous aussi bien qu'ailleurs, beaucoup plus de cas de simulation, restés à l'état d'ébauche qu'il n'en parvient à notre connaissance.

Mes huitième et neuvième cas ne peuvent être omis, quoique les sujets ne soient pas des indigènes. L'un était un dégénéré typique, l'autre un hystérique, qui avaient eu aussi maille à partir avec la justice.

Dans ces deux cas il nous fut difficile, de distinguer avec sureté les traits morbides des éléments de démence et de folie surajoutés dans un but évident de simulation. Il me semble qu'en général les simulateurs aliénés, névropathiques, on simplement dégénérés sont moins aisés à reconnaître que les simulateurs sains d'esprit, et que la sentence de Lasègue: «on n'imite bien que ce qu'on à», sans être prise dans son sens absolu, renferme beaucoup de vérité, malgré la forme paradoxale, dont elle est revêtue. Ils m'ont paru meilleurs acteurs, leurs manifestations simulées m'ont semblé être marqués d'un cachet plus naturel.

Comme on l'a vu, les observations faites dans notre hôpital sur la simulation sont, dans leur ensemble, analogues à celles faites partont ailleurs. Le génie inventeur des simnlateurs parait épuisé, et M. Fürstner a déjà pu teuter d'esquisser une classîfication des différents types.

Dans le courrant de cette année nous avons eu dans notre hôpital un jeune dément, qui s'amusait de temps en temps à copier les malades de sa salle, et à s'appropier tous les délires de son entourage dans le seul but d'amuser sa chambrée.

De notre prison centrale on signale bien des cas fréquents de simulation de troubles somatiques et un seul cas di simulation de folie.

L'individu en question fut sous notre observation. Nous ayant été signalé comme suspect, il fut de suite soumis à un régime plus sévère. Après trois jours de mômeries insignifiantes, ils noùs déclara ingénument, et du ton le plus naturel qu'il n'avait que faire chez nous, qu'il avait eu l'intention d'échanger la prison pour l'hôpital, qui lui fut signalé par un co-détenu-il nous nomma l'un de nos simulateurs-comme étant un séjour très-agréable, mais que prison pour prison, il préférait encore la vraie où il avait déjà purgé son temps de réclusion isolée. Après avoir été retenu le temps nécessaire pour exclure une aberration mentale, il fut réintegré dans la prison, qu'il ne manifesta plus le désir de quitter.

Il a paru dans ces dernières années un grand nombre de publications sur cette partie si intéressante de la psychiatrie légale. Elles ont beaucoup contribué à éclaircir cette question et à relever certains erreurs invétérées. Les cas cités et publiés par Peuta, Fürstner, Binnrauger, Fritsch et tant d'autres en contradiction avec l'opinion d'autres auteurs, prouvent que la simulation ne peut plus être considérée comme un phénomène rare.

Et si l'on doit maintenir la doctrine d'après laquelle les simulateurs sont pour la plupart des malades, ou au moins des dégénérés

désiquilibrés, il n'en est pas moins vrai, que les individus sains semblent aussi simuler plus souvent que l'on n'a pu l'admettre jusqu'ici.

On commence à envisager la question sous ses diverses faces, et à en tirer les conséquences pratiques. Nous avous appris à connaître des formes três intéressantes, par exemple la simulation préventive (Vala lon), un cas relaté par M. Raimaum (Vienne) nous apprend à nous méfier du manque apparent de motif. Blumenstock a formulé une loi, d'après laquelle les cas de simulations en général seraient inversement proportionnels au progrès des disciplines médicales respectives.

La multitude des cas de M. Peuta, fait rentrer la question dans l'ordre démographique et sociologique. Car je ne vois nullement la nécessité d'admettre, comme le fait cet auteur, une psychose simulatrice comme entité morbide qui, dans les prisons de Naples, constituerait une épidemie psychopathologique, dès que certaines causes ethnographiques et sociologiques, secondées par le puissant moteur qu'offre l'imitation, suffisent à l'explication.

On a déjà rapporté la fréquence des cas de simulation dans les prisons de Naples aux circonstances exceptionelles de couleur locale très prononcée qui y règnent, les deux tiers des détenus ayant passé par l'école du mensonge et du crime de la Camorra. Ne pourrait-on pas sans trop de risques admettre, que le Méridional paraît en général plus enclin à ce genre de subterfuge par certains côtés de son tempérament?

En ce qui concerne mes cas, je leur trouve de même une explication ethnologique et sociologique.

Notre propulation accuse en général un tempérament méridional assez prononcé, mais ce qui dans la question qui nous occupe est bien plus important, c'est qu'elle a été influencée, dans la conformation de certains traits caractéristiques, par des incitations démoralisatrices venues de l'Orient. Un certains fonds de duplicité astucieuse et méfiante se trouve dans des couches entières de notre population.

Je n'admets pas que cela ait été par un effet de pur basard, que tous les six vrais simulateurs que j'ai cité étaient des paysans chrétiens. Ils appartenaient donc à la partie de la population sur laquelle un joug très dur de dépendance politique et agraire avant pesé pendant une longue série de siècles, et les persécutés ont toujours cherché et trouvé un appui ou une arme dans la ruse, l'hypocrisie et l'obsequiosité avilissante. Une hérédité séculaire marque les races comme les individus d'une tare indélébile, et il faut des siècles de liberté pour faire renaître le sentiment de la dignité humaine. Notre paysan matois, re-

tors et méfiant, particulièrement dans ses rapports avec le citadin et l'étranger est, comme partout ailleurs, le produit d'un long servage. Ses subtilités, ses finasseries, ses faux-fuyants, ses réticences, l'obscurité voulue de ses dépositions comme témoin, ses dissimulations, ses feintes de toutes sortes, associées souvent à la faculté de ne pas donner de prises suffisantes pour une mise en accusation pour faux témoignage, ont fait le désespoir de maint magistrat.

Voilà pour le côté démographique de la question un terrain propice pour le développement de la simulation en général, et en particulier pour celles de la folie.

Quant aux causes adjuvantes d'ordre social, elles sont de date récente et de nature extrinsèque. Je les trouve dans le brusque passage de l'ancienne législation à la nouvelle.

Notre peuple n'a connu jusqu'aux temps les plus récents, en fait de législation, que la loi du Talion, d'abord pure et simple, plus tard à peine mitigée par quelques réformes. La courte période de 1857 jusqu'en 1879, durant laquelle le code pénal ottoman était censé être en rigueur, ne peut être considérée comme une période de transition préparatoire, vu les qualités sommaires et la procédure expéditive qui le caractérisent.

La procédure publique, orale et immédiate, l'institution de la défense obligatoire, munie d'importantes prérogatives, les circonstances atténuantes, les expertises medico-légales accordées avec un grand libéralisme, tout cela, voire même l'intégrité des magistrats, était du nouveau dans le pays gouverné jusque là par l'arbitraire et la concussion de fonctionnaires prévaricateurs. Ce sont sourtout les expertises medico-légales, aboutissant souvent à des résultats inattendus et incompréhensibles pour la population, qui firent une grande impression. Les esprits furent vivement frappés, lorsque les nouveaux tribunaux firent bénéficier de l'irresponsabilité morale un certain nombre de malfaiteurs, considérés par les médecins, requis comme experts, comme ne jouissant pas de la plénitude de leurs facultés intellectuelles, et lorsque les délinquants, dont il s'agissait, eurent été mis en liberté après une reclusion généralement courte. Ces cas acquirent bientôt une grande notoriété; ou en a beaucoup causé dans les petits cafés turcs, grands centres de la vie publique.

Ne concevant que les folies à grand appareil, la conscience populaire continuait à considérer les individus en question complètement responsables et punissables, et à qualifier de simulateurs en particulier ceux, chez lesquels on avait fait prévaloir une aliénation momentanée.

Il se forma de la sorte une vraie légende, qui a fait son chemin, et d'après laquelle il suffirait d'être ou de feindre d'être un peu excentrique ou tout au plus légérement toqué, pour échapper à toute peine judiciaire.

J'ai eu moi-même plusieurs fois l'occasion de vérifier ce fait. Cette légende, une fois consolidée et répandue, a servi de mobile à un certain nombre de délinquants pour simuler la folie.

Dans deux de nos cas les sujets ont avoué que l'idée de se soustraire à la peine par ce subterfuge leur avait été suggerée ou conseillée par des tiers. Nous avons déjà fait mention de l'un. L'autre avait déjà été déclaré dément et allait être acquitté, lorsque on intercepta une lettre qu'il destinait à sa mère, et dans laquelle il ne ménageait pas les railleries aux experts qu'il avait leurré par quelques singeries.

Dans une autre occasion l'opinion publique nous accusa, mon chef et moi, de complicité partiale en faveur d'un individu que nous avions déclaré irresponsable en contradiction avec les premiers experts.

Il s'agissait d'un cabaretier, grand buveur, qui avait sans le moindre motif, blessé grièvement un voisin, dans un accés de délire suivi d'amnésie, et qui est mort deux ans après dans notre hôpital de paralysie générale.

Pour expliquer pourquoi l'on rencontre chez certains auteurs une grande proportion de simulateurs, tandis que d'autres en accusent si peu, on a insisté, avec beaucoup de raison sur l'impossibilité de s'entendre sur les limites de la folie et particulièrement sur celle de la faiblesse d'esprit.

Mais il ne suffirait pas de s'en tenir à des causes purement individuelles pour expliquer la fréquence des cas de vraie simulation dans certaines contrées, par exemplé à Naples et chez nous. Ici il faut avoir recours à des causes plus générales; il faut tenir compte de diverses circonstances, pouvant servir de mobiles.

Me basant en partie sur ma propre expérience, je me crois autorisé de faire valoir les particularites ethnologiques et démographiques, les condition sociales, les idées reçues de la population sur la folie, d'une part, et, d'autre part sur la législation, ainsi que sur la manière, dont celle-ci est appliquée.

La simulation de la folie pourrait, sous l'influence de toutes ces causes, atteindre des proportions inattendues, et gagner presque l'importance d'un phénomène social.

Dans les pays avancés, où le délinquant est à même de connaître les difficultés de mener une simulation à bonne fin, et où il sait que même dans le cas de réussite, il ne manquera pas d'être interné, peut-

être pour bien longtemps dans un asile quelconque, les conditions ne sont pas très favorables pour le développement du phénomène, tandis que celui-ci trouve un terrain très propice dans des contrées qui ne font qu'entrer dans la voie d'une civilisation moderne.

A vrai dire, pour una part, je m'étonne plutôt, que MM. les assassins et voleurs, pour les intituler comme Alphonse Karr, ne simulent pas la folie plus souvent, qu'ils ne le font en réalité. Faut-il attribuer cela à un rudiment du sentiment de la dignité humaine qui, même chez eux, s'insurgerait contre la pensée de passer pour un malade d'esprit, pensée si contraire et si insupportable à notre nature et à notre amour-propre, qu'elle révolte jusqu'aux plus tristes épaves de l'espèce humaine?

CONCLUSIONS

Des observations sus-mentionnées il résulte.

1) Que les cas de vraie simulation de la folie ne sont pas aussi rares que l'on a voulu l'admettre jusqu'ici.

2) Que les prisons pourraient bien recéler plus de cas de simulation restés à l'état d'ébauche, qu'il n'en parvient à nôtre connaissance.

3) Que les simulateurs névropathes, dégénérés sont moins aisés à dévoiler que les vrais simulateurs, sains d'esprit; et enfin,

4) Qu'il faut rechercher les causes de la simulation, non seulement dans des conditions purement individuelles, mais aussi dans des conditions d'ordre ethnologique et social, particulièrement dans les contrées, dans lesquelles le phénomène est fréquent.

L'AVENIR DE LÁ PSYCHIATRIE

par Mr. MIGUEL BOMBARDA (Lisboa)

L'avenir de la psychiatrie tient à l'exacte observance des lois de la biologie et des faits de la physiologie.

La vieille psychologie de l'école a toujours été le plus grand ennemi de l'avancement de la psychopathologie.

La psychologie moderne—sensation, association consciente et inconsciente, constellations, acte—ne peut prétendre qu'à un puissant isntrument d'analyse des faits psychiques de la folie. C'est une erreur

d'appliquer à la physiologie pathologique de l'aliénation mentale, de son évolution surtout, l'enchaînement psychologique normal. Les délires ne sont pas expliqués par la logique. Il faut voir, parmi tant d'autres faits, la résistance, pas rare, aux hallucinations, les actes si hautement illogiques des mégalomanes, la succession à peu près indifférente des délires et des hallucinations chez les paronoïques, la netteté de la conscience dans les formes de folie les plus différentes.

Le *milieu* est, tout au long de l'existence individuelle, le facteur décisif de l'évolution et la clef pour l'interprétation de la psycho-pathologie entière. Il doit être le critérium dominant pour la classification et la connaissance scientifique des maladies mentales. Le problème qui se pose c'est de relier la constitution et les changements du milieu aux différents états psychiques. Syphilis et paralysie générale, alcoo et pychoses alcooliques, infections et confusion mentale, voilà le chemin entr'ouvert. L'avancement de la psychiatrie est là. L'hérédité n'est au fond qu'un facteur mésologique—toujours—et ne dépasse point la valeur d'un mot commode pour l'exposition. Le père ne donne rien à son enfant, parce que le père n'est que le frère de son fils. Il ne peut dans le conflit vital, que créer à son enfant un milieu nuisible, ou mieux, un milieu qui produise chez l'enfant une évolution dévoyée, c'est-à dire différente de l'évolution *ordinaire*. L'atavisme est un mythe.

Des faits de la physiologie viendra surtout la lumière pour les localisations nerveuses, soit dans le manteau cérébral, soit ailleurs.

TRATAMIENTO ELECTROESTÁTICO DEL TIC DOLOROSO DE LA CARA

Por Mr. ALBERTO DIAZ DE LA QUINTANA (Madrid)

La corriente galvanica, era para mi como para muchos, la de más crédito en el tratamiento del tic doloroso de la cara, pero las restricciones á que se encuentra sugeta, y principalmente, el exajerado cuidado que debe ponerse en el empleo de los polos, como la innegable facilidad de suprimir la corriente de manera rápida, me hicieron pensar en sustituirla por la corriente estática como lo vengo haciendo desde 1889 en que con ella traté el primer caso.

La galvanización, con efecto, ofrecerá siempre el grave inconve-

niente de que debiendo actuarse sobre la sensibilidad y motilidad al mismo tiempo, como quiera que la indicación del polage galvanico es distinta para cada una de aquellas dos funciones, siempre nos expondremos, si no á un fracaso, por lo menos á que resulten pálidos los efec tos que se buscan.

El proceder frankliniano, no tiene esos inconvenientes, el polage es indiferente por más que el katodo sea preferible en tanto que el tratamiento galvánico de las neuralgias (con todos los detalles de excitación sensitiva ó motora) exige el uso del anodo, en corriente estable no interrumpida. comenzada muy debilmente y haciéndola desaparecer en igual forma, faena que puede muy bien no efectuarse como se debe por defecto en el aparato, por impericia del ayudante ó por que tenga que tenga que ser una sola persona la que cuide de la aplicación y del reostato.

Ya se que el metodo polar puede desecharse cuando no origina resultados, trátese de la corriente que se trate, pero aun aceptando la polaridad indiferente para la galvanización, siempre tendremos precisión de obedecer la indicación «estable» que por cualquiera circunstancia imprevista puede faltar. Es decir que la corriente galvánica exige mayores precauciones que la estática, que su empleo es más dificil bien sea más asequible debido al menor costo de los aparatos y facilidad de su transporte, y en fin que su aplicación no es tan comoda y fácil de efectuar como lo son todas las corrientes estáticas.

Con respecto á la faradización, solo diré que siempre me ha parecido, en estos casos, inhumana por lo dolorosa, yo no soy ni creo que, seré nunca partidario del metodo intensivo preconizado por Bergonie.

La primera vez que empleé este tratamíento en los tics dolorosos se trataba de una señora de la alta sociedad de Buenos Aires que habia sido asistida por infinidad de profesores y eneidistintos paises que visitó con el exclusívo objeto de buscar medios para librarse de la terrible neuralgia que la martirizaba hasta enloquecerla. En difetentes ocasiones trató de suicidarse. Como puede concebirse, la situación de la familia era imposible de describir. Desesperados todos regresaron á Buenos Aires y allí me consultó instituyéndola el procedimiento electro estático en la siguiente forma:

Baño general katódico á 200.000 voltios, aproximadamente.

Efluviación anódica con excitador á puntos múltiples, de madera, sobre la región dolorosa, terminando las sesiones de media hora con*** pequeña revulsión en el trayecto de las ramas trigeminales, especialmente sobre la oftálmica y maxilar superior.

El alivio manifestóse á seguida; en el primer mes, la prosopalgia que había sido casi constante, se hizo intermitente; estas intermitencias fueron alargándose cada vez más, y puede decirse que, á los dos meses estaba curada. Conviene decir que la enfermedad databa de diez años.

Ante el resultado, y como sucede siempre, ó casi siempre que se alcanza un éxito, se procuró desvirtuarle, apuntando la idea de que la neuralgia había sido de naturaleza histérica, y que yo,—por entonces con alguna notoriedad en hipnoterapia—la había curado por el proceder de Braid. Nada más lejos de la verdad. Que el histerismo no tenía participación alguna, lo comprobé al formalizar mi diagnóstico y, varios años después, con el hecho de no haberse observado el más insignificante detalle de recidiva.

El tic, era del lado derecho: ya se sabe la preferencia que por el izquierdo tienen estas histeralgias. El tic, se mantuvo siempre en su región trigeminal, sin otra manifestación dolorosa en ninguna parte, contra lo que se observa en los casos de histerismo, en los que, la neuralgia errativa, emigratoria, es característica.

La primitiva aparición, no tuvo lugar bruscamente; fué de marcha lenta, insidiosa, y la enferma nunca presentó detalles de histeria, ni el tic se influenció por las emociones, ni en fin, cedió á los tratamientos más variados, entre los que, si hubiera dependido del histerismo, la sola razón de los viajes y visita de tantas celebridades médicas en Europa, hubieran bastado si no para curarla, por lo menos para que se manifestara algún alivio.

Otro hecho de importancia se refiere á una dama de la alta sociedad madrileña. Vivía, hacía muchos años, recluída con sus sufrimientos, en una de sus magníficas posesiones, sin hacer otra cosa que sufrir dolorosísimas crisis del tic y esperando un día de mayor desesperación para decidirse á ponerse en las manos del cirujano que había prometido la curación, extirpando el ganglio de Gasserio. Vino á mí hace seis años y curó en diecinueve días, á beneficio de igual tratamiento que expuse antes.

Su anterior médico, también dijo que se trataba de una histeralgia; no era así, por iguales razones que he escrito antes. A mayor abundamiento, esta señora, sufrió de grandes emociones, días después de obtenido aquel resultado curativo, emociones que no han cesado hasta lo presente, entre las que se cuenta el fallecimiento de su marido, y, sin embargo, la neuralgia no ha recidivado.

Como estos dos casos, pudiera citar más de una veintena en los que siempre, el resultado ha sido el mismo: la curación.

Por consiguiente, en el tratamiento del tic doloroso de la cara, debe tenerse en cuenta:

1.° Antes de acudir á otros recursos terapéuticos ó cuando no han dado resultado los empleados, todas las neuralgias del quinto par deben ser tratadas por la electricidad.

2.° Se preferirá la corriente estática á ninguna otra, porque sus indicaciones aún en el caso de que se tratara de verdaderas histeralgias, abarcan también el tratamiento del histerismo.

3.° Deberá preferirse el polo negativo con la efluviación positiva, revulsionando con este último polo, siendo las sesiones diarias, y por lo menos, de media hora de duración.

PROPOSTE E NUOVI STUDI IN ANTROPOLOGIA CRIMINALE

par Mr. DONATO COSTANZO EULA (Asti, Italie).

La educazzione del minorenne delinquente (1).

Problema importante del giorno è quello che riflette il concetto educativo della pena, per cui la nostra affermazione è assai diversa da quella che parecchie legislazioni proclamano ancora oggigiorno.

Il concetto della pena, come intento unico di «punire» è giá abbandonato da un pezzo poichè fu troppo facile osservare come vuoto fosse il risultato.

E abbiamo anche detto come nessuna emenda, nessuna «correzione» si ottiene con quei metodi che hanno unicamente l'impronta del

(1) Al Congreso di Amsterdam il tema fu discusso ed accennato nei lavori seguenti: Pedro Dorado professore nell'Univertà di Salamanca: «la peine proprement dite est-elle compatible avec les données de l'Anthropologie et de la sociologie criminelles?»

Doct. Mlle. Louise G. Robinovitch.—«Sur le devoir du Gouvernement dans la cause de l'empêchement de la naissance et de la propagation de la criminalité».

Antonino Cutrera delegato di P. S.—«Sur les moyens pour prévenir le crime en Italie».—Carrara e Murgia dell'Università di Cagliari: «Les petits criminels de Cagliari».—Paul Garnier, médecin en chef de la Préfecture de police á Paris: «la criminalite juvénil».

E. Bérillon médecin inspecteur des aliénés de la Seine.—«Les applications de l'Hypnotisme à l'Education des Enfants vicieux ou dégéneres».

M. Voisin.—«Utilité de la création des Ecoles de Réforme Statitique, et fonctionnement de l'école de Réforme de la Salpétrière.»

M. Struelens.—«Délinquence juvénile: mesures prises en Belgique pour enrayer son developpement.»

castigo, ma volendo educare l'uomo che delinque, non va disgiunto dal sistema nostro il concetto: Che noi dobbiamo agire per infrenare ad arrestare quelle tendenze che chiamiamo delittuose, non già per trasformare la natura protervia, quasi che sia possibile foggiare un uomo a nostro piacimento con quei piccoli mezzucci che le leggi punitive hanno escogitato.

Gli studii dell'Antropologia Criminale si avvolsero fin qui appunto nel ricercare l'indirizzo migliore.

Vediamo p. e. in tema «correzione» dei minorenni delinquenti-che sono pure tanto degni di studio e tanto trascurati ognora, cui si continua ad applicare mezzi improprii che si ritengono educativi-quanto fu detto al Congreso di Amsterdam.

Prima però vale la pena che io riproduca la confesione esplicita di un minorenne che presentavasi qualche mese fa alla Corte d'Appello di Milano e che la stampa quotidiana non ha potuto a meno di porre in rilievo, dimostrando una volta di più quanto sieno perniciosi quegli Istituti di «correzione paterna» che noi combattiano da tempo.

Trattavasi di un giovane di 19 anni, imputato di ferimento e già più volte condannato. Quando il Presidente gli ebbe letta la sentenza, egli esclamò: «Méglio se mi aveste condannato a vita» Il Presidente allora lo rimproverò paternamente. Ed il condannato, colla voce commossa, dirizzandosi alla Corte disse: «Pensino, o signori, che a 10 anni ero orfano e che nessuno mi aiutò ad essere onesto: fui messo, alla prima scappata, in una casa di correzione per 8 anni, dove appresi soltanto á «tatuarmi». Uscito io non sapevo un mestiere, non avevo un soldo, non avevo un aiuto: nessuno mi voleva per operaio..... e cosa altro dovevo io fare, se non trovare nel delitto il mezzo di vivere?..... Se mi avessero insegnato ad essere onesto oggi non sarei qui.....»

Il giornale da cui tolsi questo accenno *(Corriere della Sera)* ne sogginnse pure un altro che avveniva nel medeslmo giorno, all' udienza. Una bella e timida giovinetta di 15 anni si appellava da una sentenza che l'aveva condannata a parecchi mesi di reclusione per il furto di una spilla , che essa, invece, diceva di avere trovata in casa dei suoi padroni. Quando il Presidente chiese alla fanciulla se aveva qualcosa da dire essa soggiunse con una voce fioca in cui vi era del dolore, del sentimiento e dell' ingenuitá infantile; «Domando di essere «ritirata», io non ho padre, nè madre: una mia nonna con cui vivevo è morta mentre ero in carcere: non ho un parente».

E che altro non sono questi due dolorosi fatti se non una riprova di quanto entri l'elemento occasionale como causa a delinquere?

Chi potrà disconocere nel primo giovanne disgraziato se non una

vittima, più che altro, delle nostre case di correzione paterna dove non trovò certo un ritegno a delinquere ma una scuola di perfezionamento delittuoso che tanto è ben espresso dal tatuaggio il quale vogliamo che si studii come equivalente di delinquenza?

E di quella digraziata giovane chi non vede come essa stessa abbia richiesto un ritegno che le togliesse l'occasione a delinquere?—Ed ora chi è che potrebbe sostenere come in entrambi i casi qualche giorno o qualche mese di reclusione avrebbero potuto servire come efficace e razionale mezzo punitivo?

Fortunatamente la Corte d'Appello, quella di Milano, seppe contemperare l'equità colla legge, chè a nulla avrebbe servito il rigore di un giudice che non distingue-e s'ebbe per di più il bello esempio di un magistrato (il consigliere Setti) che si interessò tosto del ricovero di di quella infelice, togliendola quanto possibilmente dall' ocasione a delinquere.

* * *

Ecco che cosa constata un osservatore cui non manca un vastissimo campo d'indagini e che nella sua succinta relazione, sia scritta come orale, dimostrò ai congressisti di essere antropologo valente. E Paul Garnier medico capo presso la Prefettura di Polizia di Parigi.

Paul Garnier si addimostra un osservatore ben diligente: è un funzionario studioso che va ricercando tra la multitudine di fatti e di persone che gli stanno innanzi e che si compiace di giungere a delle conclusioni di qualche rilievo per l'antropologia criminale.

Ecco dunque: Egli si preoccupa del continuo, incredibile aumento della delinquenza dei minorenni, tantochè a Parigi ormai l'abitudine è fatta di veder sui banchi della Corte d'Assise degli assasini che sono presochè dei fanciulli.

Egli non dubita di attribuire l'importante fenomeno all'influenza *mediata* e *lontana* dell'alcoolismo per via ereditaria, tant'è che nel medio ceto di Parigi, nel quale la demenza alcoolica cresce con rapidità spaventosa, si ha una singolare precocità nel delitto.

Dunque può aversi come fatto acquisito che oggigiorno l'alcoolismo è un formidabile agente che guasta il *tipo normale* e dà origine a due forme di degenerazione: *pazzia e delitto*.

Però il delitto, nella sua origine è un fenomeno complesso che non dipende da un solo fattore per quanto importante com'é l'*ereditarietà,* ma deriva da una combinazione variabile che il Garnier chiama *hérédo-sociale,* data dal concorso dell'eredità e dell'ambiente. Ciò che

porta il Garnier ad affermare che la discendenza di un alcoolista non è sempre e di necessità predestinata al delitto; affermazione ben cauta e sensata e che sono lieto di rilevare perchè concorda assai bene colla breve tesi che io volli presentare allo stesso Congresso nella quale ho voluto darmi ragione del come nei paesi del Monferrato, ove si trasmoda nel bere più che in ogni altra regione d'Italia, s'abbia per contrario una popolazione laboriosa ed una delinquenza punto esagerata in confronto di altre regione del nostro Paese (1).

Paul Garnier ammette gran parte di ciò che riguarda la teorica del criminale nato, ma teme delle affermazioni recise ed assolute. Così per quanto la precocità nel delitto quasi per un organismo fatalmente destinato alla *funzione di nuocere*, tuttavia, egli dice, la *predisposizione* non ci permette di formare ancora un *tipo*.

«Criminalità giovanile» è una parola; ma noi non abiamo dati por isolare clinicamente il ragazzo prima che questi ci abbia appalesate le sue tendenze con qualche atto.

Nella relazione si contengono due preziose tavole compilate dal Garnier sui dati risultanti dal Deposito della Prefettura di Polizia di Parigi. Si apprende da essa come mentre nel 1888 si ebbero appena 20 individui da 16 a 20 anni di età arrestati per reati di sangue, nel 1990 a distanza appena di tredici anni, si ha l'enorme cifra di 140!

Ed ecco le conclusioni cui giunguno le minute osservazioni del distinto congressista:

1. La Criminalità giovanile è in aumento ed in proporzione ben maggiore che non la criminalità degli adulti.
2. Essa cresce parallelamente all'alcoolismo per un rapporto causale.
3. Il criminale adolescente, più spesso figlio d'alcoolista o alcoolista egli stesso, guastato dai cattivi esempi, sospinto da cattive compagnie è un *predisposto* che ha uno sviluppo intellettuale e morale imperfetto, ma all'infouri di casi ben rari veramente patologici, non forma un *tipo* clinicamente isolabile.
4. Non devono ritenersi sempre inefficaci i mezzi èducativi anche di fronte all'ereditarietà.
5. Lo studio del delitto deve portare a delle misure d'*Igiene sociale* (contro la propagazione dell'alcoolismo, perdita della patria potestà nei beoni, etc.) che concorrano nel modo migliore ad aiutare i mezzi educativi.
6. Il trattamento migliore pei criminali di forma dubbia, non del

(1) D. C. Eula, «Alcoolismo e criminalità».

tutto spiegata, sarà quello di trattenerli in un *asilo* non in una *prigione. Asilo di sicurezza*, ove sia però evitato il pericolo di una evasione, e dove non sia concessa la libertà in modo prematuro.

*
* *

Sul medesimo tema della delinquenza giovanile una congressista, la Dottoresa Louise G. Robinovitch, presenta parecchi dati raccolti nel celebre Istituto di Elmira (Elmira Reformatory) e premette questa che è—del resto—una conclusione:

a) Nella maggior parte dei casi l'ereditarietà è la base della delinquenza.

b) La delinquenza è dovuta ancora a una educazione—alla mancanza di una educazione-all'ambiente—alla mancanza d'ambiente.

In concreto la studiosa congressista—nota già per altri lavori—ammette un massimo contributo per parte dell'ereditarietà, ed un altro, pur rilevante, dovuto o a cattivi mezzi di educazione o all'assenza d'ogni mezzo di educazione, o all'influenza dell'ambiente guasto od alla mancanza di un ambiente adatto.

Accenna alla decisiva influenza dell'alcoolismo dei parenti, e cita a questo proposito una relazione dell'Elmira Reformatory del 1898 constatante che di 2000 reclusi il 79,95 0[0 confessa di essere dedito a bevande alcooliche e soltanto il 20,05 0[0 dichiara di essere astemio. Accenna pure alla sifilide come causa ereditaria di generazione. Ma a questo proposito conviene che i dati sono scarsi, come lo sono difatti dovunque, nè io credo che proprio sul serio, oggi giorno nei varii paesi d'Europa, anche dove la sifilide è più diffusa, si sia trovato un nesso tale che permetta di trarre conseguenze certe.

Non ammette che la povertà-pauperismo-debba considerarsi come causa maggiore della delinquenza: *il pauperismo non è generatore di delinquenza, ma contribuisce soltanto allo sviluppo delle tendenze viziose.*

Da una statistica raccolta nello stesso riformatorio d'Elmira appare che è abbastanza limitato il numero di coloro che per la condizione dei genitori o per le loro occupazioni potevano considerarsi in miseria.

E così ancora l'istruzione «scolastica». Ha poco effetto per impedire lo sviluppo della delinquenza. Ed è sempre a base di un valido documento-la statistica dell'Elmira Reformatory-che de la Dottoressa Robinovitch dimostra come il numero dei ricoverati analfabeti sia minimo e la maggioranza abbi invece avuto una certa istruzione let-

teraria. Mi compiacio di questo nuovo dato che proviene da un Istituto di tanta importanza e grandioso, poichè conferma una identica affermazione già da me abbondantemente espressa (1) allorchè mi illudevo di poter spingere innanzi l'opera altamente riformatrice delle «Colonie agricole penali».

A questo proposito aggiungo ancora come altro rapporto della direzione dello stesso Riformatorio di Elmira constata che il lavoro *manuale ben adattato* alle condizioni di ciascun ricoverato è uno dei più grandi mezzi di correzione.

Del resto in tema ancora di istruzione, la Robinovitch formula questa proposizione altrettanto semplice: «l'educatore, essa dice, insegnando al fanciullo deve egli stesso apprendere quali siano le esigenze della sua indole».

Tant'è che negli Stati Uniti si pensa a fondare un Istituto psicofisico che abbia il compito di studiare ciascun ragazzo delle scuole pubbliche così da poter ripartire gli allievi in gruppi più omogenei dove possano veramente apprendere ciò di cui sono capaci e possa lo sviluppo fisico progredire in giusto raporto con quello intellettuale.

***

Una relazione che molto aggiunge—anzi completa—la trattazione della delinquenza giovanile fu presentata dal Dott. Carrara professore di medicina legale a Cagliari e dal Dott. Murgia suo assistente. Essi si sono proposti delle speciali ricerche su quella ragazzaglia oziosa, disoccupata ed importuna che, abita le vie di Cagliari, al fine di poter stabilire in quale misura la delinquenza si esplichi.

È uno studio breve ma altrettanto interessante; in poco è raggruppato quanto potrebbe usualmente essere oggetto d'una trattazione ben più lunga ma che tornerebbe meno seria e concludente.

Causa sociale, che fa crescere il numero «dei piccoli delinquenti di Cagliari», la si deve anzitutto riporre nel fatto che non vi sono istituti che provvedano al loro ricovero; poi l'assenza di ogni industria atta ad impiegare quelle piccole forze per cui è grande il numero di ragazzetti da dieci a quattordici anni che oziano per le vie abbandonati a sè, buttati fuori di casa dove rappresentano una «boca da nutrire». Ed alla casa non fanno ritorno se non quando riescono ad avere qualche soldo poichè—diversamente—raccoglierebbero delle busse. I Dottori Murgia e Carrara fecero un diligente esame antropologico, nel più completo senso della parola, su una cinquantina di codesti ra-

(1) D. C. Eula, «dal Carcere alla colonia agricola». Milano, 1898.

gazzotti che in dialetto Cagliaritano son detti: *Picciocchi dei Crobi.* Il loro diligente esame, intanto ha loro permesso di giungere ad una prima conclusione che dice molto, e cioè di *non aver trovato* un *tipo criminale vero e proprio.*

E questo conforta vi è maggiormente l'affermazione di Paul Garnier, della quale ho fatto cenno più innanzi e cioè: che è pressochè impossibile ritrovare il «tipo» che ci permetta di isolare clinicamente il ragazzo prima che egli abbia appalesato la sua tendenza con qualche atto. Ed io trovo naturale e logico questo concetto poichè nel ragazzo —che rappresenta un organismo in formazione e trasformazione—una fisonomia così fisica come psichica, non si rileva nettamente. Come nei primi anni, non ha lineamenti determinati e solo più tardi essi assumono una impronta decisiva, così avviene nella funzione psichica che procede connessa. E preventivamente qualunque attenzione nostra tornerebbe fallace ed incerta se non abbiamo prima delle manifestazioni decisive.

Tant'è che gli stessi egregi osservatori di Cagliari ci dicono: non è che in ciascuna di tali fisonomie non sia possibile trovare delle anomalie degenerative vere e proprie, ma esse sopratutto le più gravi- non le trovammo raccolte in uno stesso individuo così da poter costrurre il tipo criminale lombrosiano.

Gli è ben vero che diversa è la conclusione cui giungono i due relatori. Essi dicono in sostanza: noi non abbiamo trovato nei nostri giovani criminali il *tipo*, quindi tra di essi non vi può essere dei grandi criminali: essi appartengono piuttosto ad una speciale categoria atipica o meglio ancora devono essere considerati piuttosto dei criminali di abitudine, d'occasione, *criminaloidi.* Ed adducono argomenti che sono rilevanti cioè p. es. che i detti ragazzi cagliaritani rubano quando non sanno che fare, si appropriano oggetti pressochè senza valore, rarissimamente commettono reati di sangue ed anzi «come fatto raro» si nota che essi non portano nè coltello nè altra arma offensiva. Di più accade assai spesso, che fatti più grandicelli, si dánno ad un'occupazione fissa, vivono miseramente ma non delinquono.

Tutto questo però non credo possa valere come argomento dimostrativo per ritenere che sia possibile trovare il «tipo» del delinquente infantile e che non potendosi esso riscontrare nei piccoli oziosi di Cagliari questi s'abbiano a classificare tosto tra i delinquenti occasionali.

Può darse in effetto, che tutti questi «picciocchi dei crobi», non siano altro che criminaloidi. Ma per dir questo bisognereble poterne seguire un discreto numero ben oltre l'età giovanile quando si sottrag-

gono all'osservazione, quando emigrano, per vedere le modificazioni avvenute.

Intanto è certo che anche ereditariamente i figli di costoro provvengono da genitore che ebbero eguali abitudini al delitto: e continuando da padre in figlio l'assenza assoluta di mezzi educativi, il senso morale deve di necessità gradualmente sparire, la degenerazione aumenta e non deve tardare a formarsi il criminale nato per successivo regresso, anche se ragioni d'ambiente non facciano si che egli si spieghi completamunte.

Io ritengo con Paul Garnier che egli è impossibile ritrovare il «tipo» nella criminalità giovanile che ci autorizzi ad affermazioni recise e credo che se i dottori Carrara e Murgia le loro diligenti osservazioni le ripetessero in altri luoghi su ragazzi pressochè impuberi, p. es. tra i piccoli criminali di Torino, tra i ragazzi perduti di Napoli, o dei bassi fondi di Parigi, o nel brulicame dei più infetti Quartieri di Londra, si troverebbero egualmente innanzi ad esseri atipici.

Guai se si dovesse conchiudere che sono soltanto criminali d'occasione, quelli che tra non molto saranno dei delinquenti temibili e forz'anche irriducibili e che pure non presentano, come avviene anche spesso nei grandi delinquenti adulti, alcuno dei caratteri, specialmente organico, che dovrebbe prevalere nella delinquenza congenita.

Ma, a parte questa digressione, il succinto lavoro di Carrara e del Murgia è certo un documento di studio e sarebbe ben desiderabile che essi cercassero di aumentare ancora il numero delle osservazioni seguendo qualcuno almeno, dei piccoli delinquenti oltre l'età pubere poichè abbiamo veramente un periodo sin presso ai venti anni che è molto dimostrativo.

*
* *

Seguitiamo la recensione critica:

Pedro Dorado, professore di diritto penale all'università di Salamanca, nello svolgere un tema che sarebbe meritevole di ampia discussione: *se la pena propriamente detta sia compatibile coi principii della sociologia ed antropologia criminale*, tratta incidentalmente dei delinquenti minorenni: conviene anch'egli a loro riguardo nel principio che essi non debbano mai essere soggetti a punizione ma sempre ed unicamente essere oggetto di protezione e prevenzione o per meglio dire, di un trattamento educativo.

Anzi il prof. Dorado viene giù giù ad una conseguenza ben più decisa, che cioè debba tale concetto informare la legislazione penale in ogni sua parte anche relativamente agli adulti.

Ciò che è rimarchevole nel prof. Dorado. Fu uno dei primi studiosi che fecero conoscere in Ispagna il nuovo indirizzo delle scienze penali ed ebbe a scrivere recisamente contro il complesso delle idee della nuova scuola, alleandosi così, parzialmente, con il De Aramburo. Ora egli, col quesito proposto, addimostra che col «lungo studio» anche le idee sue, nell'ultimo decennio sono mutate, tant'è che egli esplicitamente riconosce come mercè «le investigazioni dell'antropologia e della sociologia criminale di giorno in giorno appare più evidente che il delitto è un nodo complesso, risultato *inevitabile* di innumerevoli fattori e che il delinquente nonchè esser causa e vero autore del delitto è piuttosto una vittima di tante cause contro le quali devesi piuttosto operare».

*
* *

Sempre in tema di delinquenza giovanile è pure pervenuto ai congressisti un diligente lavoro del signor Antonio Cutrera delegato di P. S. in Italia.

Constata come i nostri mezzi di correzione sieno irrazionali ed insufficienti, e di più ci fa presente, quello che è vero purtroppo, come per poter avviare un minorenne in una casa di correzione paterna, anche dopo l'ordinanza del Presidente del Tribunale, occorrono così lunghe fatiche burocratiche chè talvolta passano degli anni prima che un minorenne sia accolto. La cosa è ben altro che paradosale! è una triste verità della quale non ho potuto a meno di far cenno replicate volte e devesi proprio conchiudere che da noi il concetto, di protezione e di difesa del minorenne delinquente «e tanti ve ne sono!» è ancora al suo primo nascere. Ed è sconfortante il dover ammettere che, pur avendo nelle nostre case di correzione dei direttori capaci che hanno intelletto per spiegare un sistema davvero razionale, in effetto poi e per disposizioni regolamentari, e per ristrettezza d'ambienti, e per mancanza di mezzi di vario genere, la loro opera non solo rimane improduttiva ma non può neppure spiegarsi.

Splendida è la descrizione che a brevi tratti il Cutrera ci fa del nostro sistema di correzione *paterna*; brevi tratti ma tanto veri. Egli s'adonta—e ben a ragione—contro quelle limitazioni della libertà individuale inefficace, senza risultato alcuno che sono *l'ammonizione ed il domicilio coatto.*

A questo proposito io tengo un documento interessantissimo di un Tizio che ventun'anni fa, in seguito a due furterelli, s'ebbe l'ammonizione: contravvenendo a questa nel 1898 ebbe la vigilanza speciale

Privo di mezzi, egli deve andar cercando lavoro comechessia dimenticando gli obblighi severi che gli sono ingiunti colla vigilanza. A tutt' oggi sono più di *trenta* le condanne per contravvenzione all'ammonizione ed alla vigilanza che si susseguono ininterrottamente in luoghi diversi: egli e come carcerato di continuo, ed i brevi giorni di libertà di cui gode, sommati assieme, non riescono a raggiungere il limite di tempo nel quale deve durare la vigilanza. Eppure la continuata prigionia non si basa su altro che sulle contravvenzioni all'ammonizione, a qualche questua, ed ora alla vigilanza. Quest'è davvero pena enorme, anzi indeterminata!

Il Cutrera dopo aver scritta un'altra bella pagina contro il domicilio coatto che dovrebbe esser meditata da molti, propone un sistema educativo, di cui ecco brevemente:

L'opera di *prevenzione* deve incominciare nell'educare a spese dello Stato tutti i minorenni che trovansi in abbandonno. Essi dovrebbero essere ripartiti in due categorie: *a*) minorenni di povera condizione ripartiti in tre classi, 1. senza parenti; 2. abbandonati; 3. depravati.— *b*) minorenni criminali propriamente detti in due classi, 1. minorenni suscettivi di correzione; 2. minorenni che appaiono incorreggibili.

Queste distinzioni, che io ritengo assai logiche, hanno per ciascuna indicato il mezzo di pratica applicazione.

Pei recidivi, (recidivi nel senso dell'antropologia criminale, e non nella forma incerta ed ineguale della legge del giorno) la difesa sociale consisterà nell'aggiungere la pena accessoria a quella principale, pena che si svolgerà a distanza, nell'esilio e non in un domicilio coatto, in modo che sieno assolutamente interrotte le relazioni abituali del delinquente. Là egli sarà tenuto al lavoro; sorvegliato sí, ma libero, non sottoposto a vessazioni poliziesche che giovino maggiormente ad intristirlo.

Il Cntrera termina la sua, che è proposta da antropologo studioso, coll'approvare la pena incondizionata, mezzo preventivo che incontrò tanto favore al Congresso.

* * *

Circa ai mezzi di correzione farò ancor cenno di quanto ha riferito il Dott. Berillon, ispettore delle Case di Salute a Parigi. Egli è fautore d'un metodo ch'egli chiama ipno-pedagogico, e cioè assicura che con opportune applicazioni ipnotiche è possible la guarigione dei ragazzi oziosi e degenerati.

Il Berillon usa della suggestione ipnotica in quattro casi: 1. nella cledtomania; 2. nell'onanismo; 3. nel pervertimento del senso morale;

4. nell'onicofagia. Egli ci parla non soltanto con convinzione profonda sull'efficacia del metodo, ma cita l'esperienza omai di alcuni anni ed i risultati ottimi ottenuti. Osserverò brevemente che per quanto, nello stato ipnotico sia possibile a qualunque soggetto imporre delle coercizioni che si verificheranno allo stato di veglia, pure sappiamo abbastanza che la loro intensità e la loro durata è troppo varia per poter agire indefinitamente.

Se anche la guarigione paia avvenire entro un determinato periodo, l'affievolimento graduale della suggestione finirà par aver nulla mutato della condizione di prima cosi come si comporta un rimedio di effetto passeggiero.

Che vi possano essere dei casi—veramente clinici— in cui tanto potrebbe giovare la suggestione, non son io che intendo contrastarlo, ma la generalizzazione del metodo sarebbe errore poichè è a ritenere che in un complesso di altri mezzi la vera e graduale e duratura *correzione* debba consistere.

Tant'è che lo stesso Berillon conclude dicendo che il suo metodo Ipno-pedagogico è applicabile ai ragazzi che sono refrattarii ai sistemi ordinarii di educazione e che presentano un complesso di sintomi (viziosi impulsivi, recalcitranti, irresistibilmente portati a commettere cattive azioni) i quali sono quelli appunto che più specialmente determinano il concorso d'una cura medica.

***

Ed ora alle osservazioni già fatte, qualche altro breve commento.

La educazione di un minorenne delinquente è un dovere sociale che deriva dalla necessità della difesa.

Fino ad oggi però i provvedimenti che si sono effettuati, specialmente in Italia, giungono come tardivi poichè attendono che la delinquenza del minorenne si manifesti od in una forma che le leggi penali condannano, oppure sotto l'aspetto dell' *incorreggibilità* prevista dalla legge civile su denunzia del genitore o di chi lo rappresenta.

Tali provvedimenti, presso di noi, oltrecchè sono ben poco efficaci per la inadatta forma e funzione delle case di educazione, rappresentano sempre un sistema più *repressivo* che *preventivo*.

Da poichè lo Stato ha evocato a sè gran parte dell'istruzione elementare, conquistò anche il mezzo di *prevenire* d'assai la delinquenza dei minorenni, quando nell'educazione del fanciullo sieno seguiti dei metodi razionali. Alla separazione dei sessi, che parve gran cosa, non si è fatto seguire altra delimitazione che non è di grande difficoltà: quella dei *deficienti*, i quali nelle nostre scuole o sono trascurati del

tutto per le loro condizioni fisiche-intellettuali, o soggetti ad un metodo e ad una disciplina che hanno piuttosto un effeto regressivo.

Inoltre la disciplina scolastica funziona ancora in modo che possono essere confusi il ragazzo docile o semplicemente irrequieto, con quegli che appalesa spiegate tendenze delittuose (al furto, al ferimento, ecc.) per cui dopo replicate pene disciplinare inadeguate avviene l'allontanamento dalla scuola.

E' a questo punto che lo Stato dovrebbe efficacemente intervenire con altri metodi educativi che non saranno quelli generali della pedagogia elementare, ma informati a una vera pediatria che studi ciascun soggetto apprestandovi quei rimedi razionali che giovino a prevenire lo sviluppo di quella forma morbosa che tenderà al delitto.

Qui sarà il luogo opportuno per applicare i provvedimenti sociali che ha suggerito Paul Garnier specialmente nei riguardi dei genitori alcoolisti privandoli della patria potestà, e di qui comincierà la più importante funzione educativa dello Stato a favore dei minorenni delinquenti che sono a considerarsi come in abbandono.

Un' applizazione in ogni luogo di un sistema di prevenzione quale ho accennato, è difficile certo, in Italia, ove lo Stato ha mezzi cosí limitati per l'educazione del fanciullo.

Ma, nondimeno, sarebbe già gran cosa se si incominciasse dai grandi centri, da quelle scuole municipali della stessa capitale nostra, dove il povero insegnante è soggetto alla tirannia di 70 od 80 piccoli allievi che deve *educare* in ambienti disadatti, malsani sempre, dove ogni buon volere dell'educatore, si infrange contro le materiali difficoltà, dove in fin di anno non gli è lecito comprendere quale sia il vantaggio dell'opera sua.....

Il delinquente pazzo. (1)

Omai la figura del «delinquente pazzo» l'antropologia criminale l'ha delineata: e questo è conseguenza indubbia delle discussioni vivissime che negli anni decorsi la questione della pazzia ha sollevato tra gli studiosi, specialmente italiani.

---

(1) H. H. Th. Dedichen.—«Quelles mesures faut-il prendre à l'égard des criminels que l'expert déclare aliénés dont le crime n'est pas assez dangereux pour qu'il soit nécessaire de les interner dans un asile d'aliénés».

Meéjer.—«Sur l'assistance des criminels aliénés». Naecke.—«Manière de placer les criminels aliénés». Frigerio.—«La responsabilité pénale des criminels sans délire dégénérés. Id.—«Criminel homicide par fetichisme érotique». Bouman.—«Un cas d'infection psychique».

Autonini.—«Sur la nécessité d'éloigner les criminels aliénés des asiles communs». Id.—«La dégénérescence et la criminalité chez les pellagreux».

Mariani.—«La criminalité latente et les obsessions homicides».

Avversarii potenti quali il Lucchini, il Brusa hanno certamente giovato a rintuzzare talune esagerazioni: ma deve ammettersi che fu un quesito serio quello che gli antropologi si erano proposto, allorchè tendevano a dimostrare che l'uomo delinquente non è normale, e come talune forme di delinquenza non rappresentino altro que una psicosi.

Al Congreso di Amsterdam fu discusso circa i provvedimenti per talune forme di pazzia criminale.

Vediamo brevemente:

Un quesito sottile si propone il dott. Dedichen: *Quali misure si dovranno prendere a riguardo dei criminali che il perito dichiara pazzi ma che non hanno commesso un delitto così temibile da dover rinchiuderli in un manicomio?*

Egli si preoccupa del fatto di individui—i degenerati—i quali commettono per es. un furto ridicolo nella forma, e povero nei suoi risultati e che vengono tuttavia tradotti in giudizio e condannati ad una pena corporale.

Dopo parecchie recidive o per l'intervento d'un perito o pel modo stesso con cui i successivi reati si svolgono, il giudice si convince che s'ha a fare con un soggetto deficiente, con un tipo inferiore che è necessità inviare non al carcere ma al manicomio. Ma qui non rimane poichè comportandosi bene—nel suo isolamento—deve esser posto in libertà tanto più che gli alienati ordinarii che han bisogno di pronto ricovero, crescono ogni giorno. Ritornati liberi succede soventi che ritornano agli stessi reati e che rivedano il manicomio o la prigione a seconda dei giudici e dell'interpretazione che è data al malfatto.

Eppure costoro, se sono dei delinquenti perchè delinquono, hanno una fisonomia speciale. Essi sanno fin troppo, che commettono dei delitti, ma la minaccia di una pena resta senza alcun effetto. Sono degli «incorreggibili» finchè si trovano esposti all'occasione, alla tentazione: tant'è che rinchiusi nel carcere o nel manicomio, sono gli individui meno dannosi e più trattabili.

Dunque torna perfettamente inutile il volerli punire.

Il dott. Dedichen ritiene che essi debbano esclusivamente esser sottoposti ad una cura in qualunque tempo. Essa può dar buoni risultati quando avviene ad età non avanzata di troppo.

Che se invece s' ha a fare con dei ragazzetti, opportunamente converrà rinchiuderli in un Istituto scolastico e far poi loro apprendere un mestiere, scelto con criterio al fine di poter domare le tendenze delittuose.

Il Dedichen pone tre ordini di incorreggibili:

1. Individui inferiori—*imbecilli*—che si danno facilement all'alcoolismo e che si prestano como docili istrumenti ad altri criminali.

2. Pazzi periodici ai quali la mancanza di coscienza morale non li fa atti a subire delle pene. Quando si puniscono diventano alienati facilmente, e guariscono dopo breve permanenza al manicomio.

3. Alcoolisti.

Tutti costoro non si debbono ragionevolmente punire, però debbono esser posti in condizione di non nuocere. Il manicomio comune è dispendioso, specialmente per essi che non abbisognano del trattamento e della disciplina del manicomio.

Come si risolverà la situazione? Colla colonizzazione; dice il Dedichen: formando degli stabilimenti di *prevenzioni* nei quali i «degenerati» si applichino a dissodar terreni, a trasformar lande, ecc.

Quando il ricoverato sia diventato tranquillo lo si fa lavorare all' aperto, eccetto che nell'inverno in cui lo si impiegherá ad un lavoro manuale in luogo coperto. Se si verificono momenti di alienazione, lo si porrá temporaneamente nel reparto «sorvegliati».

Se avvengono delle evasioni, facilmente si potranno riprendere per gli stessi loro contrassegni ed anche quando non si arrestassero subito, non serà poi un gran male, poichè circoleranno in libertà come circolano ogni giorno attualmente.

Ma intanto cotesti *Istituti di prevenzione*, quanta diminuzione di spesa per la giustizia, e quanto minor danno pei privati non significano essi?

*
* *

Quando un delinquente è ritenuto un pazzo, un folle morale, un irresponsabile dei suoi atti e dal giudice viene ordinato il suo ricovero al manicomio, è certamente un individuo di maggior preoccupazione che si frammette al numero di tanti infelici in gran parte onesti ed ai quali non deve imporsi la convivenza con dei criminali.

Ma come provvedere diversamente? Di ciò si preoccupa il dott. Meijer medico capo alla importante casa di salute Deventer in Olanda.

Egli riassume i sistemi proposti ed attuati sin'ora che possono cosi classificarsi:

1. Infermerie, penitenzierie dove coi delinquenti affetti da malattia cronica possono essere rinchiusi gli alienati.

2. Ricoveri destinati exclusivamente ai criminali pazzi.

3. Quartieri pei criminali, annessi alle carceri.

4. Quartieri speciali annessi ai manicomii comuni. Ma di essi, quello che è più pratico e che costituisce un experimento più decisivo, è

la prigione-manicomio cioè un reparto speciale annesso al carcere ed esclusivo per gli alienati.

Di vero si hanno parecchi vantaggi: facile trasporto dell'alienato o del delinquente che dia sospetti di esserlo; facile modo al medico di poter avere in osservazione i casi dubbii; la possibilità di rimettere nella vita ordinaria del carcere il criminale guarito e che ha un residuo di pena a scontare; il mezzo di togliere gli elementi più pericolosi al manicomio comune ed alla prigione e di poterli custodire più efficacemente.

*
* *

Pure con una recensione minuta e critica il dottor P. Naecke medico del manicomio di Hubertusburg si dichiara favorevole al sistema che vorrebbe istituire il manicomio criminale annesso al carcere. Egli però vuole che non si dimentichino queste condizionl essenziali:

1. Il manicomio criminale deve unicamente esser parte delle grandi prigioni non però nello stesso recinto ma in fabbricato distinto dove sia anche possibile separare razionalmente gli stessi alienati.
2. Dovrá avere grandi aree coltive al fine di poter occupare i ricoverati all'aria libera.
3. Il medico curante sarà un alienista ben pratico ed addetto esclusivamente all'Istituto del manicomio.
4. Il regime, la disciplina si avvicineranno a quella dei manicomi ordinarii.

Il Frigerio con alcuni casi clinici, portò il suo contributo al tema capitale delle «responsabilità» lamentando che il Codice penale italiano non abbia raccolto la sua attenzione sulla eventuale responsabilità di criminali degenerati e non deliranti. E cade difatti a proposito l'osservazione, poiche v'è stato un tempo per le aule giudiziarie-tempo non del tutto trascorso-nel quale la irresponsabilità del delinquente dovera equivalere a pazzia vera e propria, onde provveniva l'errore volgare e grossolano che le affermazioni della Scuola positiva, diretta a constatare che esisteva un ordine di delinquenti irresponsabili o semi-responsabili senza le comuni note dei deliranti, non servissero ad altro intento che a far prosciogliere i rei o ad aprire le porte del carcere al maggior numero di reclusi!

Un altro accenno fa altresì il Frigerio ad una forma di generazione psichica, che pure un tempo non lontano venne contestata come stravagante ed alla quale non si credette di trovare nesso logico colla delinquenza: *il feticismo erotico* che egli illustra pure in un «caso» singolare. Trattasi d'un tale che, aborrente da ogni commercio sessuale,

aveva però un risultato equivalente nel toccare le donne con un bastoncino. Rimproverato per tale strana abitudine dalla cognata, armatosi di un falcetto inflisse alla donna gravissime lesioni.

Naturalmente tale reato aveva causa in un impulso morboso ed era cotanto evidente, date le varie circostanze che illustravano la strana forma di tale erotismo, che la sezione d'accusa dovette arrendersi alla dichiarazione del perito che classificava il soggetto tra gli irresponsabili, e pronunziava la irresponsabilità nella stessa sede d'istruttoria.

Altro caso pure abbastanza singolare descrive il Dott. Bouman: una «infezione psichica» svoltasi tra individui d'una famiglia di religione protestante, eccitati da letture della Bibbia: il risultato fu l'assassinio d'un domestico perchè lo si credette invaso del demonio.

Ma di coteste «infezioni psichiche» in Italia-ove la superstizione religiosa è diffusa forse più che altrove (e cioè presso i popoli giunti a certo stadio di civiltà)-il caso non è tanto singolare. Abbiamo ogni anno reati commessi per superstizione religiosa: i frequenti miracoli, le apparizioni della Madonna (come quella di Alice Belcolle nel 1899) sono casi ben più grandiosi d'infezione psichica, in quantochè è una regione intera, tutta una popolazione in orgasmo che vede, sente, si commuove, si agita trascendendo a violenze o ad atti inconsulti.

***

Circa alla necessità di tener separato il criminale pazzo dal pazzo comune, si è soffermato ancora il Dott. Antonini, direttore del manicomio di Voghera, che ritorna sulla necessità assoluta di non fondare il diagnostico unicamente sull'azione violenta che il pazzo può svolgere, ma a concretare il giudizio con uno studio somatico per ritrovare ed escludere il carattere criminale: dopodichè la classificazione e separazione sarà altrettanto logica, poichè non si debbono confondere in uno stesso asilo quei pazzi che dopo la guarigione, continueranno ad essere onesti, con quelli che-anche guariti-appaleseranno tosto le loro tendenze criminali.

Lo stesso Dott. Antonini, il cui nome è ben noto por lo studio assiduo fatto sui pellagrosi, porta al Congresso il tema della criminalità dei pellagrosi. Sono dati raccolti con diligente studio in provincia di Bergamo, ma hanno significato che può comparativamente adattarsi ad altri luoghi nostri, ove la pellagra è malattia comune.

Il Dott. C. E. Mariani, medico psichiatra italiano, anch'egli ha portato il suo contributo allo studio del criminale-pazzo con alcune osservazioni che riguardano la legge dell'ereditarietà in rapporto a figli

delinquenti nati da genitori pazzi. E come corollario a questo studio il Dott. Mariani, ad altra tesi, accenna brevemente in riassunto, cioè alla *criminalità latente ed alle ossessioni omicide.*

* * *

Il tema amplissimo della criminalità e dell'alienazione mentale, diede luogo ad una significante discusione nella settima seduta del Congresso. Il prof. Benedikt di Vienna volle far cenno di una riforma legislativa sull'alienazione mentale in Austria, in quanto ha rapporto alla dichiarazione d'incorreggibilità di un individuo.

Arduo e difficile compito questa dichiarazione invero! Teoricamenmente risolta, ma all'atto pratico ben lungi da soluzione.

Il Benedikt propose alla Commissione Austriaca di costituire un corpo non solo consultivo ma deliberativo, che abbia a pronunziarsi sulle incorreggibilità o meno dell'individuo. Cotesto «Senato» come eglli lo chiama, sarebbe composto di magistrati e di medici. Oltre a questa istituzione, il Benedikt suggerisce ancora la «tutela approvata» con sequestro della persona da attuarsi per quanti hanno una tendenza criminale qualsiasi, e questa tutela verrebbe pronunziata dal «Senato» costituito nella forma accennata.

L'istituzione caldeggiata e proposta dal Benedikt che anche nella sua forma potrà credersi qualcosa di troppa apparenza o di minor realtà, in effetto ha un intento pratico e deciso in questo: che l'opera del «Senato» avrà suo punto di partenza dallo studio del criminale che è in carcere, tenendo conto dei rapporti del direttore, del medico, dei guardiani. Di più le deliberazioni prese saranno oggetto di revisione periodica—come di controllo—avendo sempre a base le osservazioni nuove che si faranno sull'individuo.

Il presidente del Congresso professor Van Hamel (olandese), ha preso egli pure la parola unicamente per troncare in buon punto una discussione che si faceva davvero bizantina circa il ricovero del criminale-pazzo. A seguito delle parole del Benedikt, si discuteva ancora sulla necessità di non creare delle prigioni-manicomio (prison-asile), ed il prof. Van Hamel riferendo sullo studio fatto da apposita Commissione a tale proposito, disse che il mezzo più semplice è quello di costituire degli *annessi* speciali alle prigioni pei condannatti od inquisiti che danno sintomi d'alienazione mentale, e degli *annessi* pure pei manicomii non per convertirli in manicomio prigione pei criminali, ma per i dementi che sono dannosi, indipendentemente dai loro precedenti penali.

Gli studi Anatomici (1)

Non piccolo è il concorso che l'Anatomia generale (comparata) per la legge della evoluzione delle speci dovrà portare agli studi dell'Antropologia criminale, così come fu indispensabile nello studio dell'*homo sapiens*, normalmente intenso. Rilevante dovrà pur essere il contributo dell'anatomia normale e patologica umana allorchè da una quantità di continuate ricerche sarà possibile ricostrurre un tipo, che per note di regresso o di arresto nella trasformazione, ci rappresenti quello che veramente potrà chiamarsi «tipo criminale».

Oggi ai primissimi studi dell'uomo (periodo greco-romano) venendo sino a Gall, Lavater, Lauvergue, Casper, che rappresentano come un periodo ininterrotto di studi, noi andiamo richiedendo non geniali, o ardite o strane ipotesi ma un complesso di dati costanti uniformi che l'anatomia (coi mezzi potenti che ha a sua disposizione per le ricerche) riesca a raggrupare in modo indiscutibile. Poichè, se anche dobbiam ritenere che gli studi hanno progredito d'assai nell'ultimo ventennio, pure l'esperienza d'ogni giorno insegna ad esser cauti, e mentre ha fatto getto di tante teoriche e sistemi, d'altra parte tende più minutamente a risalire verso l'intima struttura dell'organismo nostro perchè è nella formazione più che nella sua esplicazione che lo studio delle leggi fisiche deve consistere.

Naturalmente oggigiorno ancora persistono avversarii che non intendono quale finalità concreta potranno avere gli studi anatomici dell'uomo criminale di fronte al diritto di punire.

In una parola, essi non ammettono che sia possibile soddisfare in epoca più o meno lontana sia al concetto della *difesa sociale* come alla teorica classica del diritto *di punire*, col risultato cui potranno giungere gli studi dell'Antropologia criminale che all'anatomia chieggono largo contributo. Ma come sarebbe errore il credere, ciò che ritennero taluni, che gli Antropologi unicamente si confidino a certi caratteri fisici od alterazioni morfologiche, per classificare il delinquente, così è da affermarsi ancora una volta che l'Antropologia criminale chiede un valido *sussidio* all'anatomia per quel concetto indiscutibilmente

(1) Prof. C. Lombroso - «Les dernières recherches de l'Antropologie criminelle après 1897.» - Prof. L. Tenchini - «Sur un nouveau processus anomal du présphénoide humain.» - Doct. Carlo Parnisetti medico della casa di pena di Alessandria: «Anomalies du Polygone Artériel de Willis chez les criminels, en rapport aux altérations du cerveau et du cœur.» - Doct. M. Treves, assistente del Prof. Lombroso: «Du reflex inspiratoir. Les caractères antropologiques des ongles». - Prof. M. Romiti: «Sur les caractères anatomiques des cadavres des criminels étudiés à l'Institut d'anatomie de Pisa».

certo della relazione intima tra la struttura organica e lo sviluppo d quelle doti che chiamiamo *mente, intelligenza, affecttività, senso morale, etc.*, per l'esistenza, che non può più essere contrastata, di certe condizioni di sviluppo con quelle del senso morale, di certe malattie congenite od acquisite col palesarsi della delinquenza di talune precoci manifestazioni di delinquenza e le note organiche che l'accompagnano (alcoolismo). Senza tale studio ausiliare la pena non potrà mai essere commisurata alla capacità a delinquere.

Ho accennato a questo, incidentalmente, perchè sia ben compreso il motivo che spinge gli anatomici in un campo di ricerche nuove.

Così al Congresso di Amsterdan non mancarono gli studiosi che portarono il contributo dei loro studi d'anatomia.

Primo è Cesare Lombroso che parlando delle ultime ricerche dell' Antropologia criminale dal 1897 ad oggi, riferisce intorno ad una quantità di recerche compiute da lui e dagli allievi nel campo dell' anatomia, della biologia e della psicologia. Evero che talune hanno significato ancor molto relativo: relativo nel senso che l'importanza che esse possono avere come indagini di laboratorio non permettono ancora di giungere a conclusioni di importanza. Così i dati raccolti relativamente al peso specifico dei criminali in confronto dell'uomo normale (Mies) non potrà mai essere un reperto d'importanza e costituisce come infructuosa ricerca, di fronte alla legge fisiologica del ricambio e della nutrizione. Hanno indubbiamente una importanza istologica gli studi di Rancoroni, di Leggiardi-Laura, e Pelizzi sul cervello specialmente circa l'orientamento delle cellule piramidali, rilevanti le ricerche su certe anomalie scheletriche (Ugotti, Rossi, Cościa, Boschetti, Larger).

Pel loro significato decisivo in rapporto alla evoluzione della specie e come caractere di degenerazione stanno le anomalie della laringe (Salvi); le nuove indagini sul tatuaggio del prof. Ottolenghi, dei dottori Baca, Snel, Blasio conferiscono certamente prezioso materiale all'antropologia, anzi gli studi sul tatuaggio, ai quali anche i più restii v'ammettono importanza, hanno oggi assunto uno sviluppo tale che nel campo pratico della polizia giudiziaria trovano ragione di essere considerati.

Così la relazione fatta da Lombroso circa i disegni, i geroglifici dei criminali che formano una pagina interessante, hanno un valore come complemento di studio.

Ma ritornando al campo più ristretto dell'anatomia il riassunto è, di necessità, breve.

Le ricerche furone poche, scarso il materiale presentato e ben sa-

rebbe stato desiderabile che un notevole numero di studiosi, avesse pel Congresso raccolte quantità di dati anatomici dei quali sentiamo bisogno sia perchè l'anatomia a proposito del criminale, ha detto troppo poco ancora, sia perchè essa è scienza troppo esatta da non tenerla in altisonore nello svolgersi degli studi d'Antropologia criminale.

Oltre a Lombroso un piccolo gruppo, d'italiani esclusivamente, trattò di anatomia. Romiti parlò in riassunto delle ricerche da lui fatte e dirette all'Istituto anatomico di Pisa, ove la dissezione ordinaria è costituita da cadaveri provenienti dalle case di pena di Volterra e Lucca. E dovendo appunto insegnare anatomia normale, le anomalie anatomiche furono con maggior esattezza riscontrate e notate dal Romiti, che potè formarsi una convinzione, la quale può riassumersi in due dati: 1.-i criminali presentano varietà, anomalíe anatomiche assai più frequentemente che non l'uomo normale; 2.-lo scheletro, il sistema vascolare ed il cervello, sono le parti anatomiche in cui si ri scontrano le maggiori anomalie.

Il prof. Tenchini ha accennato ad un nuovo processo anomalo nello studio dello sfenoide umano o più specialmente del tratto presfenoideo.

Il Dott. Parnisetti, medico della casa di reclusione di Alessandria, si è proposto lo studio del poligono arterioso di Willis non tanto dal lato semplicemente anatomico, che per le deduzioni utili a vantaggio dell'antropologia criminale.

E così le sue ricerche studiano le anomalie di struttura del poligono presso i criminali raffrontandole colle alterazioni del cervello e del cuore.

É uno studio assai diligente, illustrato da numerosi preparati a secco, che incontrò lusinghiera approvazione.

Marco Treves, ha accennato ad una anomalia che non e propriamente anatomica, ma che colla struttura, ha indubbiamente rapporti, cioè alla mancanza del riflesso inspiratorio presso un criminale: ha pur detto di sue ricerche sulla configurazione dell'unghia circa la quale peró non manca di premettere come le variazioni e trasformazioni abbiano piuttosto significato per la professione individualmente esercitata, giacchè senza tale premessa, io vorrei credere che una conclusione diretta in rapporto al tipo criminale od alla follia sarebbe troppo corriva.

Del Criminale di genio.—La Simbiosi del delitto.
La folla che delinque (1).

Il Prof. Lombroso sviluppa una tesi che si compendia nella domanda: perchè i criminali di genio non hanno tipo?

Veramente, a tutta prima, la domanda porterebbe a credere che sia già cosa pacifica, indiscussa che i criminali senza genio, i criminali piú *comuni*, nelle loro varie graduazioni, debbano presentare nn tipo costante, od unico. Ciò è tutt'altro che indiscusso, anzi dovremo concludere, come già dicemmo innazi, che la esistenza del tipo criminale è tutt'ora cosa tanto incerta da dover dubitare di quella che parve piuttosto un'ardita concezione che non una realtà. E parlo di tipo «fisico» s'intende. Del resto la questione del «tipo criminale» forma uno dei temi più importanti in Antropologia.

Ma il Lombroso, veramente, pare piuttosto tratto a considerare perchè il criminale di genio, il quale costituisce eccezione, nel gran numero dei criminali, non debba presentare delle notte salienti che lo distinguano fisicamente come tanto si distingue intellettualmente.

Egli osserva il críminale di genio allorchè commette un delitto di sangue non ricorre alla violenza bruta ma a dei mezzi artifiziosi e blandi: cosí come a dei mezzi artifiziosi ricorre il truffatore della societá moderna il quale non ha una fisionomia tipica. Mentre i criminali per rapina, assassinio, violenza, i quali riproducono tendenze ataviche, come pongono in atto quella particulare violenza che occorre pel loro delitto, cosi si distinguono per il tipo particolare che accompagna e si conforma alle leggi dell'ereditarietà.

Ripete ancora il Lombroso l'affermazione, che la maggior parte degli uomini di genio appartiene alle classi borghesi, anzi all'alta borghesia così come il maggior numero dei criminali è dato dalle classi proletarie; ciò che varrebbe a spiegare il tipo nel delinqnente comune perchè sono le classi inferiori che presentano dei caratteri che appaiono frequentemente come simbolo di degenerazione. Il Lombroso fa ad intervalli qualche cenno ai tipi criminali più noti a conforto delle teorie che egli svolge. Ma il fatto stesso che egli ritrova in due uomini indiscutibilmente di genio-Napoleone ed Alessandro-il tipo criminale, apporta già alla regola una eccezione che la manda a rotoli, se pur è vero (ciò che non pare) che Napoleone ed Alessandro presentassero il

(1) C. Lombroso: «Pourquoi les criminels de génie n'ont pas le type». E. Ferri: «La symbiose du crime».—S. Sighele: «Le crime collectif.»—M. Carrara: «Le couple criminel du mandant et du mandataire dans la criminalité: de sang».—L. Bouman: «Un cas d'infection psychique».—L. C. Ielgersma «Quelques observations sur la psycologie des foules».

tipo criminale, come troppo corrivamente afferma Lombroso (a scapito della sua tesi) fondandosi sui ritratti o sculture dei tempi in cui vissero che tanto sono differenti a seconda dell'artista e dell'abilità di questi...

Tant'è che senza il sussidio della fotografia, non si è mai creduto alla esattezza di un ritrattista o d'uno scultore la cui opera cerca piuttosto di soddisfare a degli intendimenti artistici che non meccanicamente il vero: ed il dipinto e la scultura tanto più si hanno lodi quanto meglio cercano destramente di occultare la imperfezioni fisiche, dando alla fisonomia assai spesso degli atteggiamenti forzati che non sono proprii di colui che «posa». Con un materiale così incerto, come si può dire che Napoleone piuttosto che Cesare, Alessandro piuttostochè Annibale, Augusto piuttostochè Nerone avessero il tipo di un criminale e di un criminale di genio? Ma poi è tutt'altro che dimostrato che gli uomini di genio appartengano piuttosto all'alta borghesia e che il maggior numero di criminali sia dato dalle classi proletarie.

Se diciamo che il mondo proletario, dei diseredati, per essere il più numeroso, è quello che in complesso dà il maggior numero di criminali, la cosa è vera ed evidente, ma non è men vero che oggigiorno le classi medie danno un contributo fortissimo pel disagio che le opprime, tanto che se volessimo accingerci ad un commento percentuale veritiero, la differenza non sarebbe punto rilevante, anzi *non lo è* per poco che noi vediamo, anche di sfuggita, la statistica degli inquisiti e condannati dai nostri tribunali.

Che l'uomo di genio appartenga poi piuttosto all'alta borghesia, come classe più evoluta, non lo si può neppure ad occhio e croce affermare, poichè la genialità non la si può ritenere dovunque proporzionale all'ambiente: l'ambiente potrà giovare al suo sviluppo, e far sì che più facilmente l'uomo di genio esplichi la genialità sua, ma ogni tempo come ogni condizione sociale avrà sempre degli individui che presentano le note salienti dell'uomo di genio - di colui che costituisce così una «anormalità». E del resto, dalle classi dei minori abbienti, degli *humiliores*, già in Roma antica sortirono uomini geniali per quanto potesse esser loro concesso dall'ambiente.

E la storia contemporanea poi sta a dimostrarci che dovunque v'è progresso civile che consenta alle classi inferiori certo miglioramento economico ed intellettuale, uomini non solo intelligenti, ma superiori alla media fuorescono esplicando altrettante energie latenti cui mancava l'occasione por svolgorsi.

Anzi noi dovremmo piuttoste dire oggigiorno che l'alta borghesia, quella che ha maggiori dovizie, per tradizione acquistate, cogli onori

che le accompagnano, presenti piuttosto delle note di regresso che di superiorità; i frodatori che nelle cività moderna crescono a dismisura, come nota Lombroso nel suo recente libro *Delitti vecchi e Delitti nuovi*, e molti die quali sono certamente d'intelligenza superiore alla media, sono prodotto ben scarso delle classi più alte, ma nel loro massimo numero, se non in totalità, appartengono alle classi medie, moltissimi dalle classi più umili ed è assai spesso il bisogno la causa prima ed occasionale di quella speciale forma di delinquenza che dilaga coi nomi di truffe, appropiazioni indebite, furti con destrezza. Certo che i grandi bancarottieri che hanno «*gentilezza di modi contratti nelle alte abitudini sociali*» non possono appartenere che alle classi più alte, o più abbienti. Un gran bancarottiere non potrà essere della classe dei proleratarii... E troppo evidente!

*
* *

Ferri, che tante volte durante le sedute del Congreso, ha discusso portando-è d'uopo riconoscerlo-la vigoria del suo pensiero alle volte sintettico, alle volte sottile analizzatore, ha discorso della «symbiose du crime».

Di tutta la lunga premessa che egli fa, un punto su cui ci soffermiamo volentieri, è alla distinzione dei criminali *involutivi* ed *evolutivi* pei quali ultími la simbiosi è utilizzabile.

Simboisi intesa nel significato di utilizzare le energie d'un criminale dirigendole verso forme meno nocive ai consociati. Ma questo dovrà avvenire con metodi che usa la giustizia punitiva del giorno, anche là ove pare che una certa evoluzione si accentui. Consento che la legge *del* perdono, la *sanzione per l'opinione pubblica*, sono come sprazzi di luce nuova, ma deve riconoscere anche Ferri come non sieno mezzi adeguati per gran numero di criminali, e lo sarebbero tanto meno presso di noi ove la coscienza, e quindi l'opinione pubblica, stanno ancora in limiti minimi, ed ove la legge del perdono non sarebbe compresa tanto da utilizzarla come norma efficace.

*
* *

Il «delitto collectivo» è presentato sotto forma ben nuova dal Sighele. Egli ha cercato di riunire logicamente quanto nelle legislazioni trae origine dalla correità, quanto si disse della folla delinquente, dell'associazione criminale, del delitto per suggestione, etc.

Egli observa come facilmente sotto il nome di «psicologia della fol-

la» si confonda la «psicología dei popoli». La prima, che meglio deve esser chiamata *psicologia collectiva*, studia le consociazioni, o piuttosto le riunioni dal punto di vista *statico* (manifestazioni improvvise in un determinato momento, (esemp.: la folla tumultuosa d'un teatro); la seconda meglio detta *sociologia*, studia sotto l'aspetto dinamico e cioè della evoluzione, dello sviluppo graduale e cosciente (esemp.: l'opinione pubblica).

Distinzioni però, dice Sighele, che stanno bene teoricamente. In pratica hanno troppi punti di confine, ed essenzialmente per il fenomeno «della suggestione« che agisce decisamente nella psicologia collettiva e sociale.

Venendo al «delitto collettivo», egli trova che v'è a partire dal semplice per giungere al complesso: così la prima forma del delitto collettivo, quello più semplice è la *coppia criminale*, nella quale un individuo agisce per suggestione sul secondo così come nell' ambiente onesto e normale agisce per suggestione il maestro sul discepolo (coppia intellecttuale) l'amico sull'amico (coppia sentimentale), e nell' ambiente anormale un amante induce l'altro al suicidio (coppia suicida) o si verificano il caso di pazzio eccitato dal primo nel secondo, (coppia pazza).

Dalla coppia criminale, si sale alle associazioni criminali *in tre*, ed in magior numero. Quindi Sighele aggiunge la *Setta criminale* che facilmente dà luogo alla *folla criminale*.

Come conclusione si deve notare che l'Autore afferma che la suggestione collettiva non sopprime intieramente la responsabilità dell'individuo, ma l'attenua molto nei delitti settarii e della folla, mentre l'aggrava nella coppia criminale e nelle associazioni delinquenti.

Manco a dire che la tesi del Sighele, svolta al Congresso con una forma per nulla accademica ed altrettanto sintettica, ha dato luogo ad una elevattissima discusione.

Il prof. Steinmetz dell' Università di Leida rimproverò al Sighele l'abuso del mezzo della «Suggestione» che non può spiegare ogni fatto della delinquenza collectiva,

Il prof. De Dekterew dell'università di Pietroburgo osserva che lo studio e le conclusioni del Sighele hanno riguardato soltanto il motivo *giuridico*, non quello *sociale* da cui promana il nucleo più vigoroso delle suggestioni che conquistano l'individuo e contro le quali lo si deve premunire.

Il prof. Benedikt, dell'università di Vienna, ritenne, invece, che la parola *suggestione* non sia propria ma che si debba mutare in quella di *influenza*.

Il complesso, l'elegante soluzione data dal Sighele al delitto collettivo, rapresentando la varie forme succesivemente coordinate del suo svolgimento, incontrò approvazioni vivissime, poichè ha richiamato sull'argomento l'attenzione degli studiosi.

E l'argumento, invero, è degno del massimo studio oggi che le cause economiche danno speciale contributo allo sviluppo del delitto collettivo nel quale è da ricercarsi una responsabilità del tutto speciale.

Delinquenza congenita (1)
Criminale tipo e criminale nato.

La discussione vivissima che le nuove idee d'antropologia criminale da una ventina d'anni in qua, hanno destata e tra gli antropologi e tra i giuristi, permettono - intanto - di porre un principio che deve omai ritenersi indiscusso. Il *delitto*, cioè, *non ha la sua genesie esclusiva da un fattore antropologico, non consiste unicamente in certi dati anatomici* (tipo anatomico) *ma è anche un prodotto dell'ambiente.*

Ossia il delitto non è sempre il risultato della ereditarietà (atavismo) ma anzi, e più prevalentemente, è il risultato di cause antropologiche e sociali.

Questa conclusione, che oggi pone l'accordo con molti degli àvversarii, da taluni è ritenuta come un riconoscimento degli errori e delle proposizioni aprioristiche scritte un ventennio fa dai fondatori di quella che oggi si chiama *Scuola italiana d'antropologia criminale*, e segnatamente da Cesare Lombroso.

Ma a questo proposito è dovere osservare come da tempo il prof. Lombroso ha proclamato che egli non fu compreso, e che mai intese di limitare le concause del delitto unicamente ad una predisposizione organica.

Nella terza seduta del congresso di Amsterdam, la questione é incidentalmente risorta a seguito di una comunicazione su alcuni casi clinici di criminalità acquisita riferito dalla dottoressa signora Gina Lombroso-Ferrero e dal prof. E. Ferri.

Il prof. Benedikt in una precedente seduta presentava una formula a concisione matematica

(1) Gina Lombroso-Ferrero: «Cas cliniques de criminalité acquise en grand âge».—Benedikt: «Une formule fondamentale de psychologie et des relations avec la criminalité».—M. C. Pipiers: «La notion du crime au point de vue évolutioniste».—W. Tschish: «Les types criminels d'après Dastoewshy».—«L'affaiblissement psycho-physique, de la personalité, une des causes du crime.»—Alexander Sutherland: «Résultats de la déportation en Australie».—C. E. Mariani: «La folie qui engendre la criminalité».—«Type et caractère des criminels d'Australie».—Morel: «Prophylaxie et traitement du criminel récidiviste».

$$(M = (\pm N \pm N' \pm E \pm O)$$

per dimostrare le relazioni della psicologia con la criminalità compendiando nelle diverse lettere l'indole (N), l'evoluzione (E), l'indole acquisita (N'), le cause occasionali (O) di frente ad un organismo qualsiasi (M).

Tale formula troppo dottrinaria fu giudicata meno benevolmente dal prof. Vinkler, come—a sua volta—il prof. Crocq giudicò che i fatti esposti dalla signora Ferrero e dal Ferri avessero poca importanza nello studio delle criminalità trattandosi di fatti comuni cioè di delitti commessi dall'alienato di mente.

Il prof. Lombroso ha colta l'occasione per dichiarare che tali fatti devono pure esser notati perchè hanno intimo legame colle pratiche applicazione dell'antropologia criminale, ed a dimostrazione della criminalità conseguente da malattia.

Al qual proposito Ferri ha referito l'esempio di un muratore laborioso, onesto, che casualmente ferito al capo da un mattone, mutò indole, divenne fannullone e violento. La ferita al capo era apparentemente guarita, come appariva, abbenché avesse lasciato, come residuo, delle convulsioni epilettiformi.

L'individuo ebbe processi e condanne, non riscontrandosi in lui alcuna anormalità, nè i tribunali amettendo attenuanti a quei reati che l'individuo commetteva dopo la malattia proceduta da una vita onestissima.

In carcere, a causa degli eccessi epilettici, fu inviato al manicomio dell'Ambrogiana presso Pisa.

Il dott. Algeri, medico alienista di quella casa, dopo attento e deligente esame, ritenne che il cervello doveva esser leso da una causa costante la quale produceva le manifestazioni epilettique e le impulsività a delinquere.

Effettuata la trapanazione del cranio fu trovata, difatti, una scheggia d'osso conficcata dal trauma nelle corteccia cerebrale. L'importante risultato fu che il condannato non solo non ebbe più alcun accesso epilettiforme ma, posto in libertà, riacquistò il carattere buono e l'indole laborioso di prima, non dando più alcun motivo alla giustizia penale di occuparsi di lui.

E rientrando quindi, nel campo della delinquenza congenita, il Ferri ha ripetuto egli pure che la frase *criminale-nato* non sta a significare un individuo che pel fatto della ereditarietà, o per le note di degenerazione, debba ritenersi, come votato al delitto, ma significa semplicemente che egli ha una *predisp sizione* benchè possa vivere senza

delinquere mai quando l'ambiente sia tale che non favorisca lo sviluppo delle tendenze delittuose. Cosi come vi sono individui predisposti alla tisi ereditariamente ed organicamente senza che abbiano a morire di tal malattia se l'ambiente adatto non favorirà lo sviluppo della tubercolosi polmonare, la quale—com'è noto—può arrestarsi completamente.

Le dichiarazioni ampie che Ferri e Lombroso hanno fatto in tal senso valsero assai a conciliare definitivamente gli avversarii che ai Congressi di Parigi e di Bruxelles si erano schierati contro la scuola Italiana, come è risultato dalla dichiarazione di Crocq. del Garnier, del Dott. Martin Procuratore della repubblica di Lime, anche a nome del Cacassagne.

Unicamente il prof. Crocq ha ripetuto che un punto di dissenso esiste ancora circa i caratteri fisici e psichici della degenerazione negando che essi possano consentire di costrurre un tipo, ed il Baer di Berlino ha negato assolutamente che possa dimostrarsi l'esistenza d'un tipo criminale.

E' male che ad un punto cosi importante della discussione non si fosse ricordato l'experimento che un magistrato italiano, il Garofalo, ha suggerito a Parigi sin dal 1889 per uno studio comparato da effettuarsi da apposita commissione su cento criminali ben spiegati in confronto di cento individui assolutamente normali, studio che non fu fatto

E'male che su questo punto non vi sia stata una ampia dimostrazione pro e contro.

E' da sperare che al prossimo Congresso qualche studio nuovo ed ampio si faccia a questo proposito, tantochè si chiarisca bene in quali limiti debba circoscriversi il criminale-tipo; se esista un tipo apparente (tipo fisico) o non apparente (tipo psichico) oggi specialmente che le parole *criminale-nato—delinquenza-congenita—folle morale* vengono ad avere un significato più definito e non esclusivo circa la genesi del delitto.

Mezzi repressivi o di tutela (1).

Nella sesta seduta del Congresso erano all'ordine del giorno, come tema generale le «*misure pratiche di prevenzione e repressione*».

Dmitri Drill, consigliere al ministero di Grazia e Giustizia russo, afferma la necessità d'un cambiamento radicale del sistema punitivo

(1) Clark Bell, presidente della Società medico-legale di New-York: «La sentence indéterminée á New-York.

F. F. Falco.—«Observations sur les applications de l'anthropologie criminelle en tenant compte de la prophilaxie du crime».

volendo che all'educazione del delinquente sia dato il massimo valore.

Il Giudice francese, Pituré, ricorda che la magistratura francese ricorre largamente agli studi dell'antropologia; ricorda anche la legge Béranger ed accenna alla disposizione per cui ogni colpevole d'un grave reato non vien presentato ai giudici senza esser stato sottoposto ad un serio esame medico-legale, che riguardi lo stato presente ed il passato dell'individuo.

Paul Garnier ha quindi accennato alla accoglienza che i suggerimenti pratici dell'Antropologia Criminale incontrano in Francia presso l'amministrazione pubblica, e venendo a discorrere del sistema cellulare, trova che esso, quantunque imperfectto specialemente pei detenuti illetterati, tuttavia costituisce ancora oggigiorno un ottimo sistema punitivo.

E questa affermazione dà luogo ad un dibattito.

Riassumendo:

Il presidente prof. M. Van. Hamel colse occasione per esporre delle idee chiarissime circa la difesa contro il delinquente, ricordando specialemente l'intento dell'antropologia criminale perchè la repressione del delitto non abbia l'aspetto di una vendetta, ma quello *della educazione* intesa nel senso più adeguato della parola.

A questo proposito noto che un altro magistrato francese, l'Albanel, giudice istruttore a Parigi e rappresentante del ministero di Giustizia, nella quarta seduta ebbe a presentare un voto perchè «in ogni nazione sieno fondati degli istituti speciali (*maison médico-pédagogiques*) per provvedere alla trasformazione, al miglioramento, alla cura dei degenerati e deficienti comme mezzo *preventivo* per diminuire il crescere della delinquenza giovanile».

Proposta degna d'elogio tanto più che essa ha già pratica applicazione in taluni stati con risultato soddisfacente. E ricordo ancora, a titolo d'onore, il belga senatore M. Le Jeune, già ministro di Grazia e Giustizia, il quale ha ricordato al Congresso, come a Bruxelles nelle scuole pubbliche, si effettui precisamente la separazione tra gli scuolari, affidando i deficienti a speciali insegnanti e sotto la direzione del medico, costituendosi così dei reparti, oggetto della massima cura intitolati: *Ecole de l'enfance anormale.*

Nè questa provvida tutela abbandonerà il fanciullo, poichè dopo la scuola, l'istituzione del Patronato pensa ad indirizzarlo nella via del lavoro, aiutato dalla larga e favorevole accoglienza dei commercianti ed industriali. Le parole del venerando senatore Le Jeune il quale —sia detto ancora di sfuggita—fu tra i primi uomini di stato che abbiano intrapreso ad applicare praticamente taluni suggerimenti dell'

Antropologia furono coronate da applausi vivissimi. Il Le Jeune (mente concettosa e misurata) distribuì le varie case di pena in diversi reparti ed a ciascuno prepose un medico alienista per seguire di continuo le condizioni mentali dei detenuti sia in espiazione di pena come inquisiti, tantochè—in quest'ultimo caso—il giudice istruttore ed il medico—alienista esplicano una funzione in ogni momento diligente ed importante.

*
* *

Ma l'elogio a favore del sistema cellulare del Granier fu, anzitutto, contestato da De-Dekterew il quale, ponendo veramente il dito a segno, indicò la piaga massima del sistema cellulare: quella che mina e debilita l'organismo, traendo troppo spesso il detenuto o al suicidio o alla pazzia. Così come oggigiorno la forma classica del manicomio a celle va scomparendo, perchè si riscontra troppo all'evidenza come il pazzo migliori, si educhi, si trasformi all'aperto, in un ambiente più conforme al normale 'ove ai mezzi violenti di custodia *(camicia di forza)* si sostituisce una più attenta e continua vigilanza, d'altrettanto deve succedere pel delinquente carcerato coll' abolizione della «cella».

Il quale concetto porta, naturalmente, al lavoro all'aria aperta, in case di pena costituite a forma di colonie agricole penali, delle quali, sotto tanti aspetti avremmo pur bisogno in Italia per abolire tante luride carceri, per diminuire la mortalità dei detenuti, per dissodamento e bonifica, etc. come ho cercato di dimostrare da tempo (1).

Enrico Ferri, a questo proposito, non ha mancato di rilevare come la statistica ufficiale delle nostre case di pena a sistema cellulare, sia sconfortante per le manifestazioni di pazzia e pei suicidi.

E questo ha ben servito a combattere l'affermazione del Baer circa il buon risultato del sistema cellulare in Allemagna, affermazione non attendibile poichè non è possibile credere che il suicidio, p. es., sia più facile per un detenuto che lavori in comunione con altri sotto la sorveglianza dei guardiani, che non nelle celle ove trovasi nell' isolamento.

F. Ferri ha rilevato pure l'importanza del sistema a colonie agricole che, dopo tutto è pure il meno costoso ed il più umano.

*
* *

Ma intorno alla questione generale di un nuovo sistema preventivo, il Congresso senza pronunziarsi specialmente circa la famosa «legge

(1) D. C. Eula.—Dal carcere alla Colonia Agricola.—Milano Tip. Capriolo 1898.

del perdono» ha però fatto buon viso alla «pena indeterminata» mezzo senza alcun dubbio assai razionale di difesa, poichè il criminale non godrà della libertà se non quando avrà dato buon affidamento.

E per quanto all'applicazione pratica, vi possano essere difficoltà non indifferenti a superare, tuttavia si prese atto con soddisfazione della nuova legge dello Stato di New-York (*18 Aprile 1901*) la quale modificando il codice penale ha istituito la sentenza indeterminata com'è noto.

Ed è bene anche che si sia agitata la questione sollevata da Ferri, e finora poco discussa, circa la indennizzazione pecuniaria alle vittime dei criminali meno dannosi e che potrebbero ascriversi tra i «correggibili». Questione che sollevò parecchi dubbi per parte di Engelen, magistrato olandese, circa la applicazione, pel timore che non si rattenga la vendetta privata. Ma, ad ogni modo, è ad un prossimo Congresso che essa attende una discussione più ampia.

*
* *

E per non omettere ciò che è parte di nuove proposte, dirò ancora che in tema di repressione della delinquenza, il prof. Angelo Zuccarelli propone un mezzo che è, invero, radicale, e che potrebbe assumere il carattere unico di mezzo preventivo e repressivo. Invece di attendere gli effetti della selezione *naturale* dovrebbesi porre in opera la selezione *artificiale* mediante quella che il Zuccarelli dice «*sterilizzazione* o assessualizzazione dei detenuti».

Diciamo subito, in parole più chiare, che tratterebbesi di ricorrere all'atto operativo che il chirurgo di sovente usa, più o meno totalmente, in certi casi di malattie costituzionali e degli organi genitali, alla castrazione; tratterebbesi di trasportare l'atto operativo nella clinica dei degenerati coll'identico scopo, anzi più limitato, di impedire cioè soltanto il concepimento della femmina o la fecondazione del maschio senza sopprimere gli attributi del sesso.

Nè paia a noi, Italiani, questa una novità da far meraviglie, ed una proposta teorica che non possa avere mai pratica applicazione.

Negli Stati Uniti già sono promulgate delle leggi in tal senso.

Lo Zuccarelli osserva come per esempio nello Stato di Michigan (legge di Edgar) la disposizione esista in termini ben chiari: «tutte le persone, dice la legge, rinchiuse in una casa di salute per alienazione mentale per epilessia: tutte quelle che furono *condannate* per *tre* volte, sia che abbiano subito delle condanne nello Stato di Michigan come in un altro Stato della Confederazione, prima di essere rilasciati *dovran-*

no essere sottoposti ad un atto operativo che le renda impotenti a procreare.»

In altri Stati poi (Texas, Massachussets, Pensylvania) è assolutamente *vietato* il matrimonio tra persone affette da determinate malattie (epilettici, alcoolisti, sifilitici, tubercolotici, etc.)

Noto, per incidente ancora, come in Italia qualche disposizione in questo ultimo senso si è tentato di attuare nelle richieste di matrimonio «tra consanguinei». Ma oltrecchè purtroppo i certificati medici in tali casi sono ottimisti per molte ragioni, anche d'interesse proffessionale, vi fu nondimeno il caso di qualche medico che francamente ha dichiarato p. es. essere l'uno dei coniugi affetto da tubercolosi grave e che questa era ereditaria.

Tanta dichiarazione dovrebbe bastare: ma allora entra in giuoco il lavoro concorde degli interessati; vengono addotti i motivi di buona fama, di moralità pubblica, di necessità speciale... e l'autorizzazione, se anche non accordata una prima volta, in definitiva è concessa.

Non vorrei dire che in Italia, questa facile accondiscendenza sia causa delle gravi proporzioni cui giungono talune malattie ereditarie, e del nostro primato nella delinquenza su ogni altra nazione, ma dico ed affermo che se almeno quella dispozione regolamentare nel matrimonio fra consanguinei fosse rigorosamente applicata ed attuata come vera funzione di Stato, il beneficio non sarebbe lieve.

Osservo da ultimo ancora ricorrendo alla relazione del Zuccarelli come nello Stato dell'Indiana (Stati Uniti) il Senato, per poter esercitare un controllo continuo sui matrimonii, votò una legge che crea una commissione permanente composta di due *madri* di famiglia, di due medici, di un legale per riferire circa ogni domanda di matrimonio, tanto da allontanare-quanto possibilmente-ogni causa che potrà essere di danno sociale.

Ma ritornando alla «castrazione parziale o assessualizzazione» che dir si voglia, noto che il Zuccarelli è molto limitato nelle sue proposte. Trova anzi, che lo Stato di Michigan ha corso la posta; così da istituire une esecuzione informe, quasi sommaria.

Il Zuccarelli è contrario ad una restrinzione in fatto di matrimonio; trova che la scelta dever esser libera, e questa libertà sempre coesistere, quando si sia unicamente limitata nei casi gravi (*frenastenici, alienazioni mentali primitive, degenerati* per *alcoolismo, delinquenti per instinto* o per *abitudine*) colla facoltà di procreare, che è indipendente dalla funzione sessuale.

Io credo, invece, che sia dover dello Stato, di vigilare al contratto di matrimonio, che da lui assume forma giuridica. Anzi ritengo che

l'interesse sociale, a complemento d'ogni mezzo *preventivo* di tutela, farà sì che la funzione dello Stato si esplicherà più attenta e severa, anche presso di noi Italiani che appena da un trentennio abbiamo avocata allo Stato la tutela della condizione dei cittadini (Stato Civile).

Ritengo invece che la proposta *radicale*, come ho detto in principio, dell'assessualizzazione, se teoricamente può rispondere ad un concetto esatto, matematico di difesa sociale, in concreto poi, lo si direbbe piuttosto un ricorso a dei mezzi e sistemi *primitivi* di altre età. La castrazione-come mezzo primitivo-non è nueva ed esiste oggi ancora presso talune popolazioni semi-barbare, per punire il vinto ed impedire che la stirpe si perpetui. E le pene afflittive come le amputazioni, il taglio della lingua, il *dente* pro *dente*, sebbene abbiano avuto diverso intento e cioè non *difensivo* ma *punitivo*, ricordano sistemi vieti. La pena di morte rappresenterebbe ancore il mezzo più definitivo...

Il voler dire che l'Antropologia criminale (che è ancora a' suoi primi anni) non saprà suggerire mezzi efficienti di trasformazione, di riduzione, di isolamento e custodia sensa ricorrere a mezzi violenti che troppo hanno l'impronta della vendetta e della punizione, è dimenticare tutto il nuovo indirizzo, che ha base sperimentale, dell'Antropologia.

Del reato omosessuale (1)

Accenno, incidentalmente, sotto questo titolo, ad una discussione che riguarda il reato omosessuale: reato secondo alcuni codici, fatti comuni, non punibili secondo altri, anormalità per la scienza antropologica in ogni caso.

Il Dottor Aletrino di Amsterdam ha svolto la sua tesi che riguarda la «situazione sociale dell'Uranista» concludendo che l'omosessualità è da ritenerse fatto normale al pari dell'eterosessualità, e da considerarsi quindi, inesatta ogni affermazione che la attribuisca a malattia mentale od a depravazione di costumi.

Il relatore non ha mancato, è vero, di arricchire la sua tesi scientifica con osservazioni che sono d'un uomo erudito, ma non poteva a meno d'aver contro l'assemblea dei congressisti.

Crocq, Drill, Benedikt, Martin combatterono ad oltranza la tesi coi migliori argomenti; Lombroso e Ferri, per la Scuola Italiana, protestarono pure; Macris, quale delegato Ellenico, non volle concedere alle citazioni storiche dell'Aletrino...

(1) A. Aletrino. «La situation sociale de l'Uraniste».

Anche Werthein Salomonson osservò come l'omosessuolità non sia altro che una forma di degnerazione naturale contro il rinnovarsi delle specie...

E la discussione si chiuse con voto contrario alla relazione del Dottor Aletrino.

Il fervore però ha portato a qualche esagerazione. Così Ferri ha voluto affermare che l'omosessualità è come sintomo di «crisi sociale» e bene ha risposto Steinmentz ricordando i tempi *aurei* di Pericle, i popoli primitivi dell'America, dell'Asia e dell'Africa. E poteva ancor ricordare dei fatti noti presso nazioni moderne delle più progredite e presso individui cui la crisi sociale non toccava punto.

Poteva aggiungere, che il fatto anormale dell'omosessualità lo si verifica in esseri inferiori (cani) appunto perchè forma di degenerazione naturale, ricavandosi così una spiegazione tanto evidente senza l'ipotesi infondata, anzi contraddetta, della crisi sociale.

Dove vi è crisi sociale, la popolazione tende anzi a riprodursi maggiormente e normalmente. Ne siano esempio le regioni più povere dell'Italia e specialmente nella campagna si osservino le famiglie dei contadini che sono pure oppresse dalla crisi.

Ed altra affermazione non consistente del Ferri è pur quella con cui completa la defininizione dell'uranismo: «uno stato fisico - psichico di repulsione al *matrimonio*».

Ma forsecchè le «juxtæ nuptiæ» sono tali da avere una forza inibitiva maggiore del libero concubinato? Ma non è forse vero, l'esperienza delle aule giudiziarie può servire, che il reato omosessuale (nelle forme di pederastia contemplato dalla legge) si nota in prevalenza ov'è il celibatario forzato e presso il coniuge dissoluto che è pur sempre degenerato?

Ma data l'anormalità psichica che determina gli amori omosessuali, come può Ferri definirla uno stato di ripulsione ad una forma convenzionale, transitoria, variabile, contrattuale?

Dica soltanto «uno stato di ripulsione all'amore eterosessuale» ed avrà formata la difinizione esatta.

Dell'Alcoolismo (1)

Di questo principale fattore della delinquenza tanto si è già discusso in Antropologia che non vale far cenno di cose note. Ma al Con-

(1) Dott. Eula. «Alcoolisme et criminalité».—Legrain: «Le récidivisme en matière d'ivrognerie, état mental des récidivistes et remédes».

L. Egrani.—«Le récidivisme en matière d'ivrognerie: état mental des récidivistes et remèdes».

gresso di Amstardam il tema fu troppo obliato, quando si pensi che ogni giorno l'alcoolismo è una delle cause sociali più determinanti del delitto e della pazzia. Ricordo semplicemente ancora la relazione di Paul Garnier, medico capo alla Prefettura di Polizia di Parigi, il quale tanto chiaramente dimostra come lo spaventevole aumento della delinquenza giovanile in Parigi da una trentina d'anni a questa parte, sia direttamente proporzionale allo straordinario aumento nel consumo delle bevande alcooliche.

Nella speranza che il tema dell'alcoolismo desse motivo ad un rilevante studio dei mezzi preventivi, io ho presentato un riassunto critico all'intento di raccogliere la discussione sulla qualità delle bevande alcooliche in prima, e sul necessario concorso della professione individuale e dell'ambiente, per rendere più spiccati gli effetti regressivi dell'alcoolismo. La questione dell'alcoolismo, io dicevo, va studiata tenendo conto delle bevande (*potenza tossica*) in correlazione all'ambiente (*concausa debilitante o meno*) alla professione individuale (*concausa determinante*). Onde si rileva la conseguenza cosí differente nell' uso degli alcoolici e nelle città e nelle campagne (*operaio ed officina, contadino ed aria libera*) sebbenchè in taluni luoghi il contadino ne abusi (*Monferrato*).

Ma il tema generale dell'alcoolismo, risorgerà vigorosamente al prossimo Congreso. Chè tutti sentiamo la necessità non tanto delle associazioni quanto di buone leggi sulla temperanza.

Come Conclusione.

Mentre pongo fine al riassunto mi stanno in mente due fatti della delinquenza umana, che i giornali vanno oggi raccontando nei particolari minuti.

Il primo: ad Empoli il 30 Ottobre testè decorso un ragazzo di 16 anni chiamato dal popolino col bieco nome di *demonio* (le diable a 16 anni!) guida un cocchio ed a corsa sfrenata giunge fuori piazza S. Catterina, dove incontra una riunione di gente che sta quetamente divertendosi nell'osservare il ballo dell'orso con tre scimmie.

S'adombra; scende di carrozza ed estratto di *tasca* un lungo pugnale mena colpi all'impazzata e tanti colpisce quanti ne coglie. Un ragazzetto di 13 anni cade fulminato, e restano gravemente feriti una ragazza di 26 anni, un altro giovanetto di 16 anni, ed un uomo di 54 anni.

Il giovane assassino, dopo una lotta corpo a corpo con una guardia daziaria intervenuta, e con un colono là presente, è disarmato ed

arrestato, malmenato dalla folla e tradotto a stento nella caserna dei carabinieri.

Il secondo: l'assassino Vidal che la Corte d'Assise di Nizza Marittima ha testè condannato a morte. Egli il 24 Novembre 1901 adesca una ragazza di mala vita, va a giacere con lei e, nell'intimità, le vibra senz' altro una grave coltellata alla schiena dandosi quindi alla fuga. Il 6 dicembre successivo ne alletta un'altra e nella stessa guisa tenta di ucciderla senza riuscire che a ferirla per la strenua difesa della vittima. E fugge.

Il 12 Dicembre seguente conduce un altra infelice con buone promesse, nei boschi di Tamaris presso Tolone, e quivi la uccide barbaramente deprendandola dei pochi valori.

Da ultimo—il 23 Dicembre 1901—segue in uno scompartimento di prima classe una ragazza sola ed incauta. La uccide colla solita arma, quasi spiccandole il capo e la butta dal treno.

Dopo questa definitiva impresa, il feroce fu arrestato ed oggi condannato alla pena capitale, dopochè egli ebbe a mantenere un cinismo tale, che la grave condanna non lo turbò quasi. Egli ha invocato anzi una pronta esecuzione!...

Orbene questi due fatti - due dei tanti-avvenuti l'uno in Italia, l'altro in Francia mi portano ad alcune considerazioni che interessano l'Antropologia criminale.

Sul primo delinquente ci è dato di osservare quanto impotenti sieno i mezzi di tutela che la legge vigente ha a disposizione sua.

Può crescere liberamente un ragazzo di 16 anni che per la sua indole feroce il popolino già l'ha chiamato il *diavolo;* può percorrere liberamente armato i quartieri abitati, è conosciuto come un *pregiudicato*, dovunque è temuto, e nessuna legge nostra dispone che, in *via preventiva*, sia posto nell'impossibilità di nuocere? Mancava qui, forse, il presupposto di un indole *proclive*—diciamo almeno—al delitto che non avrebe mancato di appalesarsi dato l'ambiente e l'occasione?

Ed io ho ragion di credere che colui non solo potesse essere indiziato gravemente—come proclive al delito—dalla voce pubblica, ma che ad un osservatore non avrebbero potuto sfuggire le dimostrazioni anche non contemplate dal codice, ma altrettanto temibili della delinquenza infantile.

L'esperienza del sistema vigente ci dà anzi a supporre che—essendo in voce di pregiudicato—il piccolo delinquente avrà fors'anco riportata qualche condanna che—data l'età e le informazioni—mentre avrebbe dovuto portare tosto alla selezione e ad una *conveniente* educazione como noi proponiamo, avrà indubbiamente tenuto calcolo dei

benefizi che la legge, senza distinzione, concede alla età minorile per infliggere qualche giorno di meno di reclusione e detenzione, od una pena pecuniaria diminuita di un sesto o di un terzo!

E vero che in certi casi (meno di nove anni mancanza di discernimento) la legge italiana dà facoltà al giudice di ordinare il ricovero del minorenne in una casa di correzione sino alla maggiore età, ma ognun vede come tale provvedimento, oltre ad essere tutt'altro che spedito e pratico, per difetto organico, ha poi un vizio enorme nella base che è la mancanza d'ogni distinzione tra i minorenni. Distinzione o selezione da effettuarsi caso per caso, indole per indole con un' induzione psicologica da compiersi sempre, tanto che non entrino nella casa di correzione alla rinfusa--ciò che si verifica ora dei giovenetti di una delinquenza precoce o larvata con degli incoscienti per l'età loro, che potrebbero crescere onesti colle cure paterne o con altri provvedimenti sociali (scuole d'infanzia) senza aver il contatto dei peggiori in una casa di correzione.

Ed altro provvedimento imperativo della legge italiana, ma d'altrettanto inefficace è la disposizione dell'art. 54 per cui il minore degli anni 18, condannato a pena restrittiva della libertà personale, sconterà tale pene in una casa di correzione.

Il provvedimento sarebbe ancora espediente se ordinasse che il ricovero si estendesse almeno sino ai 21 anni. Ma la pena può essere di qualche giorno, di qualche mese. Ed i recidivi minori degli anni 18—più temibili per la tendenza a delinquere—perchè avranno eguale trattamento?

Se, almeno, il minore, quando esce dalla casa di temporanea correzione, fosse oggetto di qualche cura o sorveglianza, la difesa sociale non sarebbe del tutto dimenticata: ma invece il minore torna nel più *completo abbandono*; persino quella rude forma di tutela della vigilanza speciale della pubblica sicurezza non più applicarsi al minore dei 18 anni, a colui che più avrebbe bisogno del divieto di non frequentare le compagnie dei più tristi, di darsi stabile lavore, etc. etc.

Non è in questo caso da invocarsi i provvedimenti già attuati negli Stati Uniti, nel Belgio, in Inghilterra, nella Francia stessa dove la forma, sebbene non definitiva, del Patronato familiare è tanto più pratica?

Nessun ragazzo è, p. es, ricevuto al Patronato familiare se non è prima oggeto d'un attento esame medico. Al Patronato familiare invia il giudice istruttore i piccoli colpevoli di furto, vagabondaggio, questua, offese al pudore; al Patronato familiare ricorrono direttamente i genitori, nei traviamenti dei figliuoli: al Patronato sono oggetto di

cura gli idioti, i degenerati. Il ragazzo è studiato, esaminato; studiati e raccolti i suoi precedenti, la sua indole, la disposizione sua.

L'educazione è impartita conseguentemente, ed il ragazzo può anche essere lasciato alla famigla, inviato ad una casa di lavoro, alla campagna, al manicomio—se è necessario—sempre sotto la tutela vigilante del Patronato.

Il Patronato non è che una forma delle tante che entrano negli studi dell'antropologia, per *prevenire* lo sviluppo della delinquenza e per provvedere.

Ma comunque sia il mezzo a favore fanciulli degeneratio delinquenti, esso tanto più s'avvicinerà alla perfezione, quanto più svestito di quella forma *punitiva* (pubblico dibattimento, condanna, carcere, etc.) assumerà quella *educativa* psicologicamente e fisicamente intesa.

* * *

Il secondo fatto cui ho accennato è quello dell'assassino Vidal. Io non dubito che in questo caso molti nel leggere il dibattito tra i periti, taluno dei quali l'ha dichiarato responsabile ed altri irresponsabile di fronte alla legge, avranno esumata la credenza d'un giorno, che l'Antropologia criminale sia ovunque pronta a dichiarare irresponsabili i grandi assassini, tanto... che ad essi sia concessa la libertà. E, così, approveranno in cuor loro la condanna capitale, come il pubblico reclamava. Errore che non varrebbe la pena di rilevare ancora una volta se l'occasione non lo consentisse.

L'Antropologia Criminale non si preoccupa punto della pena di morte, ed intanto l'approva in quanto sia un mezzo *di eliminazione.*

Mentre taluno può vedervi forse un mezzo esemplare di punizione, di repressione, di *vendetta* sociale, l'Antropologia non ritiene che possa esservi esemplarità di sorta o motivo di vendetta, ma unicamente e solo *della difesa.*

Sotto questo aspetto ha nulla a ridire sulla esecuzione capitale non perchè apporterà buoni frutti morali, ma perchè elimina dalla società un elemento dannoso.

L'Antropologia Criminale, sotto questo concetto, andrebbe oltre ancora se i suoi studi fossero maturi, alla soppressione della delinquenza ereditaria col sussidio chirurgico come ho accennato innanzi, se non dovessi ripetere ora che per questo aspetto non si può essere che teorici oggi.

Ma tutto questo non toglie che - giustiziato o non il delinquente- l'Antropologia Criminale abbia a segnare un grande distacco dal ragio-

namento scolastico ed anche volgare, dicendo: il delinquente che avete innanzi non è un umo cosciente - non è normale - se diverso fosse, il Vidal non avrebbe con una morbosità continuata, in un periodo breve, commessi dei delitti orrendi con tanta brutale malgavità non giustificata da alcun movente passionale. Quell'uomo non poteva, non agire così: la natura sua è tale da portarlo morbosamente al delitto. Non vi neghiamo che egli sappia di compierlo, ma contestiamo che egli potesse rattenersi dal compierlo, precisamente come d'una malattia che ha fatale corso e triste esito.

A noi non importa punto, come individui, che la pera fradicia sia disfatta perchè sarà un pericolo di meno per le frutta sane - cada il capo sotto la bipenne, o lo disarticoli il laccio: come antropologi vi diciamo che avete a fare con un malato cui invece di una *punizione*, può essere quanto meno atentata una *cura*.

Non concediamo la libertà, non vogliamo alcun proscioglimento, alcun attenuante perchè tutto questo è *pericolo* sociale: chiediamo che il delinquente lo poniate in condizione di non più nuocere, ma che nello stesso tempo lo si tratti come elemento che se potrà essere guarito, riadattato, ridotto, lo rendiate alla società - diversamente lo teniate in disparte in modo continuativo anche se alcun delitto non ha commesso ma sia tale da commetterlo, impedendo quella (che ora non riuscite a togliere che colla soppressione o coll'ergastolo), *l'ereditarietà* del delitto.

*
* *

I titoli che ho posti per raccogliere e distinguere i principali argomenti di discussione al Congresso di Amterdam, potrebbero essere aumentati di molto. Ma, in definiiiva, quello che rimane è complemento degli argomenti più generali accennati.

Così circa le influenze della vecchiaia sulle criminalità del *(Dott. Wollenbergh)* - del sussidio dell'antropologia criminale nell'applicazione delle leggi (prof. *Locassagne e Martin*) - dei rapporti delle criminalità colle condizioni economiche e sociali (*Napoleone Colojanni, Hector Denis, Van Kan*).

Il Congresso ha chiuso le sue sedute discutendo—come di regola— le proposte compendiate in un ordine del giorno.

Essi significano semplicemente dei «voti» è vero, ma taluno è, nondimeno, rilevante perchè già si intravvede che la pratica attuazione non è lontana.

Così il giudice istrutiore di Parigi M. Albanel propone, e l'Assemblea approva, il voto che i ragazzi i quali abbiano commessa una in-

frazione penale, prima di comparire al dibattimento sieno esaminati da un medico competente, e coloro che saranno ritenuti come degenerati vengano, senz'altro, posti in un Istituto medico-pedagogico per migliorare le loro condizioni intellecttuali e morali.

Il Congresso approva pure «che si proceda ad efficaci misure per reprimere l'alcoolismo, *sorgente* della delinquenza, con speciale sorveglianza sulle bevande e che il monopolio della produzione dell'alcool sia avocato allo Stato».

***

L'adunanza ha chiuso le sedute proclamando Torino sede del sesto Congresso.

Il mio voto è che a Torino si accresca ancora la cerchia di quanti seguono i nuovi studi dell'Antropologia Criminale. Vorrei che ognuno portasse il contributo suo, non personale, (che a nulla serve) ma intellettuale.

Il Congresso di Amsterdam ci ha dimostrato che in ogni Nazione, anche nel mondo così detto *ufficiale*, si fanno strada i principii dèll Antropologia Criminale, che anzi alcuni Statti, anche troppo affrettatamente, hanno attuate molte delle proposte ancora oggetto di studio: ci ha provato come i medici e giuristi vadano a gara nel discernere il nuovo e nel proporre il buono degli studi che finora si fecero, Più di tutto fu cosa soddisfacente il notare l'interessamento che la magistratura d'ogni paese ha dimostrato, anche quella che per essere nelle più elevate posizioni, fu creduta più aborrente da ogni nuova ricerca e più contraria ad ogni riforma.

L'Italia fu, in *privato*, largamente rappresentata. Spero che il Congresso di Torino, avversarii o meno dell'Antropologia Criminale, non mancheranno giuristi e medici di unirse a noi per una proficua discus sione abbandonando il misoneismo che nulla crea. E la magistratura nostra che ha pure in se tanta vigoria latente, io confido che non si trarrà in disparte, ma seguirà l'esempio, che ci porgono i magistrati delle nazioni vicine, che acquistano cognizione di ciò che è nuovo alle discipline penali, perchè torni più facile il compito della pratica applicazione d' ogni legge presente o futura.

CONCLUSIONS

1° I minorenni delinquenti non debbono in nessun caso essere sottoposti alla procedura dei dèlinquenti adulti. Dovranno sempre essere soggetto d'un *trattamento speciale* fisico-psichico impartito in Istituti appositi.

2° Essendo provato che l'alcoolismo sia, direttamente come per via indiretta, é causa prevalente del delito, lo si dovrà combattere como causa di criminalità adottando i mezzi ai tre fattori determinanti che sono:

A) la potenza tossica (bevanda)
B) la causa debilitante (l'ambiente)
C) la concausa determinante (professione).

PATHOGENESE DE LA CHOREE ET DE L'ATHETOSE ET LEUR PARENTE

par Mr. M. BREITMANN (St. Pétersbourg).

Si comparamos el corea y la atetosis en el curso de la parálisis cerebral infantil, vemos que no hay síntoma patognomónico que los diferencie. Se observan movimientos atetósicos de la mano coincidiendo con movimientos coreicos del brazo, y también movimientos atetósicos en la parte superior del brazo.

La corea puede ser también rítmica (Freud y Rie). Se han visto cambios de corea en atetosis y al contrario (Leube Goldstein). Una forma intermedia es la descrita por el profesor V. M. Bektaterev con el nombre de *hemitonía apopléctica* que se diferencia de la atetosis en que al cambiar de sitio las extremidades no es rítmica, sino que tiene intervalos irregulares; de la contractura muscular pasiva, en que se puede cambiar de sitio el miembro y permanecer así un poco tiempo gracias á una contracción de los antagonistas, y que el estado psíquico tiene influencia sobre el estado de la contracción. La paresia no es grande.

La cuestión de *patogenesis de los movimientos involuntarios* no está resuelta de una manera satisfactoria. La existencia del fascículo de Charcot y Raymond en la cápsula interna no está demostrada. Muchos autores (Eulenburg, Hámmond, Monakow, B. S. Greidenberg, N. M. Popov, Rudnev, etc.) ven la fuente de los movimientos involuntarios en el estado irritativo de la región psicomotriz de la corteza, Brissaud atribuye una gran importancia á la conexión del fascículo piramidal del lado enfermo con la corteza: si esta conexión es del todo destruída, es hemicorea, si no totalmente, atetosis.

Muchos autores explican los movimientos involuntarios por lesión

de varios centros, pero como no hay unidad no se puede sacar una conclusión determinada.

Pero: 1) En contra de la irritatividad cualquiera de la corteza, *como causa exclusiva*, habla el hecho de que en la mayoría de los casos no haya síntomas de irritabilidad de corteza (convulsiones, etc.). En el corea no hay un tipo cortical, contra la localizacion exclusiva en la corteza habla la presencia en muchos casos de convulsiones tónicas.

2) Contra la dependencia de la degeneración del fascículo piramidal, habla la existencia de la corea pre-hemiplegica cuando aun no hay degeneración.

3) La irritación del fascículo piramidal es dudosa en los casos de parálisis completa, ó en los casos en que el foco está muy lejos del fascículo piramidal. La irritación del fascículo piramidal existe siempre en la apoplegía, y los movimientos atáxicos no existen siempre; finalmente está claro que en los movimientos complejos no son síntomas de una irritación, sino de un proceso más complejo.

4) La localización del proceso es tan variada, que no se puede fundar en ella la patogénia.

Mi teoría se funda en los hechos del estado del cerebro del niño, el cual tiene una facilidad grande para sustituir la función de unas partes ó la de otras. Además, las funciones inhibitorias están menos desarrolladas cuanto más pequeño es el niño. De modo que el niño está en una ligera paresia espástica de las cuatro extremidades con un pequeño grado de corea y atetosis. A medida que el niño crece, la hipertonía medular baja, y la función inhibitoria del cerebro se aumenta. Además el niño no tiene vestigios de las excitaciones que llegaron á su cerebro y que de él partieron (como la inervación de las extremidades). En lo concerniente á esto, yo he encontrado la ley siguiente:

Cuando funciona mucho una parte del organismo, cuanto más firmemente es inervada, cuanto más ligada está por los sistemas asociadores al cerebro, cuanto más vestigios de asociación ha dejado su funcionamiento, tanto menos de ataxia habrá en esta parte cuando la región correspondiente del cerebro enferme. Si la lesión cerebral corresponde á un sitio con poca inervación (extremidades en las partes proximales), es corea; si con mucha inervación (partes distales), es atetosis. La diferencia es tan marcada, porque ésto sobreviene en sitios de movimientos delicados y variados, y la corea, en sitios de movimientos con mayor amplitud. Vemos que no hay una fundamental diferencia entre la corea y la atetosis. Cuando hay contractura, los movimientos toman un carácter más atetósico; cuando, no más atáxico

ó coréico. Creo que es lo mismo el mecanismo patogénico del corea y de la atetosis producida por lesión orgánica como cuando lo es por perturbación funcional de cualquiera de las fibras de asociación de las distintas partes del cerebro.

CONCLUSIÓN

La corea no se diferencia estrictamente de la atetosis. Es la misma forma del transtornó motor; pero, en los sitios con una inervación más complicada, se desarrollan los movimientos más rítmicos y con finalidad que son lentos en los casos en que exisien contracturas (atetosis); donde las contracturas no existen y la inervación es menos complicada, los movimientos son más amplios, atáxicos, repentinos, bruscos (corea). Una prueba de que esta teoría es exacta, es la existencia de formas de transición entre el corea y la atetosis.

QUELQUES REMARQUES SUR LES ETAT MORBIDES ETIQUETTES NEURASTHENIE

par Mr. JOSE DE MAGALHAES (Lisbonne).

A l'époque ou j'ai terminé mes études, lorsque je fis ma première *Contribution à l'etude de la neurasthénie psychique.* (*Le pessimisme au point de vue de la psychologie morbide.*)-j'avais l'idée que la néurasthénie était quelques chose de bien clair et de nettement délimité. J'avais presque assisté, comme étudiant à l'évolution par laquelle on avait passé de l'ancienne «irritation spinale» à la *nervous exhaustion* (neurasthenia) de Beard et de là à la maladie de Beard telle que la baptisèrent, tout en la précisant un peu trop, je le crois aujourd'hui, Charcot et son école. Je fus même un des proneurs de la neurasthénie, j'avais plaisir à la depister en des cas de prétendues hystéries et de prétendues anémies.

Mon premier doute me vint d'un cas que j'ai observé à Loanda (Afrique occidentale) à bord d'un vieux navire transformé en bateau-hôpital. Le malade était médecin. Il avait eu quelques accés paludéens et peu après était tombé dans un état de neurasthénie avec des idées hypochondriaques. C'était un neurasthénique avec toute la complexion des symptômes cérébraux, spinaux, gastriques, vaso-moteurs

avec des dysthésies et paresthésies les plus bizarres qui fournissaient un aliment abondant à ses préocupations morbides.

Un jour c'était un cancer de l'estomac qu'il avait. Il en avait tous les symptômes, tous. Il allait jusqu'à voir que sa peau avait la teinte jaune-paille caractéristique. «Et cet amaigrissement, voyez.»

C'était évident, il avat maigrit considérablement. Rien ne manquait, pas de doute possible, il était atteint d'un cancer de l'ectomac. Si on lui faisait remarquer que le tableau n'était pas si complet qu'il le disait, qu'il lui manquait tel et tel symptôme, sa conviction ne deumerait pas moins ferme. Ce symptôme là pouvait manquer, cet autre aussi; cela indiquait seulement que sa maladie evoluait d'une façon très insidieuse, elle n'était que plus effroyable.

Un autre jour c'était une maladie de la moelle épinière. Et il était curieux de le voir interpréter ses sensations. Les douleurs au colon transverse, ces douleurs d'estomac c'étaient la sensation des barres, c'étaient les douleurs en ceinture, c'étaient les crises gastriques de l'ataxie locomotive. Il avait aussi de la parésie des membres inférieurs, il le sentait bien. Il allait même jusqu'à voir que ses membres avaient un commencement d'atrophie musculaire. Il ne restait aucun doute, il était atteint d'une maladie affreuse de la moëlle, il était atteint de tabès, il était un homme perdu, irrémédiablement perdu.

Et il fallait disputer, analyser symptôme par symptôme lui démontrer—et c'était l'argumentation la plus décisive—que les associations des symptômes qu'il trouvait à lui même étaient disparates, qu'il trouvait dans la même occasion des symptômes qui appartenaient ou à des maladies différentes, ou à des moments différents et éloignées de l'évolution d'une même maladie.

Ces idées, toutefois, n' atteignaient jamais le caractère des vraies idées délirantes au sens strict du mot, elles ne dépassaient la simple préoccupation morbide. C'était au plus des idées fixes et encore pas trop fixes, car elles changeaient fréquemment d'un jour à l'autre. Et le malade avait conscience de leur caractère morbide.

C'était tout de même un malade pas commode, à la fois plaisant et terrible. On peut bien se figurer: hypochondriaque et médecin; c'était trop.

Ce malade a guéri par le traitement appliquée au paludisme chronique: cure d'eaux alcalines. Et il a été tout à fait guéri car il y a de cela déjà presque neuf ans, et il n'y a eu jamais de rechute.

Depuis, j'ai vu d'autres cas de neurasthénie paludique qui n'ont été guéris que par le traitement spécifique, les autres traitements ne donnant que des améliorations éphémères, suivies de recidives.

Ce premier cas m'a donné des vues nouvelles sur la neurasthénie. J'ai vu que pour la thérapeutique, il était bien plus important de connaître qu'une neurasthénie était paludique que de savoir qu'elle était cerebro neuro gastrique.

Portant de là je me suis appliqué à chercher soigneusement dans tous les cas de neurasthénie, les facteurs etiologiques. Et dans tous les cas jusqu'ici, dans tous sans exception, j'ai trouvé quelque cause organique me servant de base à une thérapeutique pathologique. Je dois dire ici, que, pour ce résultat a contribué beaucoup la connaissance très étroite que j'ai faite des procédés découverts par M. Glenart pour l'exploration clinique des organes de la cavité abdominale. Sans eux il y aurait des rétrecissements et ptôses du gros intestin, des déformations et des ptôses de l'estomac, des troubles de la sensibilité du foie et des modifications de la consistence et de la forme de son bord libre qui passeraient inaperçus aux procedés ordinaires d'exploration.

C'est ainsi que j'ai trouvé des neurasthénies syphilitiques, des neurasthénies urinaires consecutives à des blénorrhagies suivies de cystite et prostatite chroniques; des neurasthénies par surmenage intellectuel, surmenage émotionnel, surmenage physique; neurasthénies d'origine génital par non satisfaction du besoin sexuel. Cette forme je l'ai trouvée, d'une part dans des personnes que la peur des maladies vénériennes éloignent des rapports sexuels, d'autres part en des uranistes que, soit des scrupules moraux, soit la peur du scandale empêchait de satisfaire des besoins ordinaires qualifiés contre-nature, mais qui, pour eux sont on ne peut plus naturels, comme le preuve le fait que leur non satisfaction produit la maladie.

J'ai trouvé encore des neurasthénies toxiques,—des neurasthénies alcooliques et un cas très curieux et rare de neurasthénie tabagique dans laquelle les symptômes qui incommodaient le plus le malade, c'étaient la presque impossibilité de fixer l'attention volontairement et l'incapacité pour la mémoire de retenir ce qu'il étudiait. Il a été tout à fait guéri par la suppresion du tabac. Mais le plus grand nombre de néurasthénies que j'ai observées ce sont des néurasthénies ayant pour origine des troubles de l'appareil digestif, moins cependant de l'estomac que de l'intestin, associés ou non a des troubles du fonctionnement du foie, soit qu'ils fussent les causès, soit qu'ils fussent l'effet de ces derniers.

Dans ce cas, il semble bies que la cause de la neurasthénie soit une auto-intoxication, soit par résorption des poisons que l'intestin est chargé d'éliminer, soit par insuffisance de puissance anti-toxique du

foie. En effet l'antisepsie du tube digestif, moins par les antiseptiques chimiques que par les purgatifs et les lavages de l'intestin, l'emploi des médicaments, activant la fonction du foie et stimulant l'énergie motrice de l'intestin, la gymnastique, le massage, l'hydrothérapie sont la base d'une thérapeutique efficace.

Je pourrais encore citer les neurasthénies consécutives à des maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde.

En outre de ces neurasthénies qui viennent à la suite d'autres maladies il y a encore celles qui sont comme le premier degré de maladies en évolution. C'est ainsi que la paralysie générale, certaines psychopathies sont précédées d'une première phase neurasthénique.

Finalement, il y a des neurasthénies d'évolution. Il y a une neurasthénie de la croissance, il y a une neurasthénie de la puberté. (Quelquefois il est bien difficile de les distinguer), il y a une neurasthénie de la ménopause.

Il y aurait beaucoup à dire sur toutes ces neurasthénies mais ceci suffira, je crois à motiver mes conclusion.

Il y aurait à rechercher—je ne l'ai pas fait, mais j'engage tous ceux qui s'adonnent à l'étude des neurasthénies à le faire— à rechercher si chacune de ces neurasthénies - syphilitique, alcoolique, paludéenne, etc., -en outre de la spécificité étiologique, a des symptômes propres assez caractèrisés pour la différencier des autres, ce qui serait d'une grande importance pour le traitement dans tous les cas ou l'étiologie est mal connue.

Je ne fais pas de classification. Si j'ajoute que ce que M.M. Bouveret, Mathieu, Levillaire décrivent comme neurasthénie vraie se trouve rarement dans la clinique —si elle se trouve—avec les caractères tranchés qu'ils lui assignèrent, que, au contraire, on trouve toutes les formes de transition et de combinaison possibles entre la neurasthénie vraie et la pseudo-neurasthénie, aussi bien que entre celles-ci et le simple état nerveux, on voit que la neurasthénie ne peut constituer une espèce morbide. C'est seulement ce qu'on a nommé la diathèse spasmodique, un état général de deséquilibration de l'activité nerveuse, mais pas encore suffisament systématise, pas encore fixé en de nouvelles habitudes organiques et fonctionnelles, en une activité morbide regulière, bref n'ayant pas encore acquis cette personalité morbide qu'elle aura dans l'hystérie, dans l'épilepsie dans la psychopathie des idées fixes.

Primo: Il n'y a pas une neurasthènie vraie et d'autres qui seraient fausses. Toutes les neurasthénies sont vraies, elles ne diffèrent que par

le dégré plus ou moins avancé dans la voie de la systématisation morbide.

Secondo: Si on a pu dire avec raison-il n'y a pas des épilepsies, on doit dire avec bien plus de raison il n'y a pas de neurasthénies, il y a seulement des neurasthénie cliniquement distinctes par leur cause pathogénique et par la thérapeutique qui en découle.

La neurasthénie, si on veut la conserver, doit être considerée moins comme une espèce physiologique que comme un simple état morbide général commun à beaucoup de maladies et rélevant plutôt de la pathologie. C'est une affection, ce n'est pas une maladie. Elle serait plutôt dans le domaine du système nerveux, comme la frontière entre la santé et la maladie, une longue bande allant du tempérament nerveux aux névroses et aux psychoses nettement caractérisée, hystérie, épilepsie, psychopatie des idées fixés.

On pourra toutefois, si on le veut, maintenir provisoirement une neurasthénie essentielle-car en science il ne faut pas être trop affirmatifs pour les cas dont l'étiologie reste actuellement inconnue.

Tercio: La classification des variétés de neurasthénie d'après la prédominance des symptômes du côté de tel ou tel appareil, doit donner la première place à une classification des neurasthénies bassée sur la pathogénie.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES ATAXIES PAR LA METHODE REEDUCATIVE

par Mr. **JOAQUIN DECREF** (Madrid).

Le succès croissant que la Mécanique médicale a obtenu dans le traitement des ataxies fonctionnelles, fait que j'arrête aujourd'hui votre bienveillante attention sur une question de grand intérêt pratique d'après les résultats obtenus dans le traitement curatif et palliatif de quelques maladies. Leur facile application n'exige que très peu d'éléments à la portée de tout le monde. Trois étapes existent dans l'histoire de ces procédés qui, quoique bien séparés, dénotent le peu d'attention qu'on a prété à ces études si intéressantes, mais qui prouvent suffisament la trés grande utilité qu'on en a tiré et qu'on en tirera. La première étape correspond à un travail très intéressant pnblié en 1877 par le Dr. Godard, de Paris, sur le traitement employé par Mr. Chervin pour le bégayement. Le Dr. Moutard Martin, après avoir fait

des études sur des bègues, définit ce trouble fonctionnel en disant que c'est un état choréique intermittent des appareils qui président la fonction phonétique, définition qu'admet Godard et par laquelle il explique les réussites du traitement Chervin qui consiste 1° à régulariser la respiration dans ses deux temps et prolonger l'expiration de façon qu'elle permette l'articulation d'un mot sans interruption; 2° à discipliner les appareils phonétiques et articulaires qui composent l'instrument vocal par une gymnastique spéciale capable de vaincre la raideur musculaire et qui permette à la langue, aux maxillaires et aux lèvres de se prêter aux différentes positions qu'exige l'articnlation normale; 3° à fortifier son action par l'attention et la reflexion.

Comme nous verrons plus loin, ceci est la base de toutes les autres méthodes suivies. La deuxième étape correspond à un autre travail que je publiai le 22 Août 1887 dans la «Revue de Médecine et de Chirurgie Pratiques» de Madrid. Pendant cette même année 1887, je présentai aussi un rapport sur ces travaux à l'Académie Médico-Chirurgicale de Madrid, et dans mon ouvrage sur la Mécanothérapie, publié en 1892 à Madrid, je parle aussi de cette méthode.

La troisième étape correspond à l'année 1890, époque à laquelle le Dr. Fraenkel fît une communication à l'Académie de Brême, en présentant trois ataxiques médullaires qui avaient vu disparaitre leur incoordination en se soumettant à une série d'exercices. Aucun de ces trois travaux parvint à réveiller l'intérêt pour ces études; cependant celui du Dr. Fraenkel eut la chance d'engager le Dr. Leyden á faire une application de sa méthode, en 1892, en la faisant ainsi connaitre. Hirschberg en 1893 l'apprit en faisant des expériences au service du Dr. Dujardin-Beaumetz; Boktiren, Ostankow et Glorieux présentèrent des communications sur la même question et Frenkel obtint en 1696 et 1897 qu'on étudiât et discutât dans la Société de Médecine Interne de Berlín et qu'on approuvât ensuite sa méthode, faisant après une série d'expériences au service du Dr. Reymond à la Salpétrière, qui lui consacra une de ses leçons. Au Congrès international de Médecine de Moscou en 1897 Grasset, Raichline, Erb et Fraenkel lui-même lurent des rapports sur cette question et le Congrès admit la valeur thérapeutique de la méthode.

Considérant l'attention que l'on prête aujourd'hui à ces études, il me reste à rappeler ce que je publiai en 1887 pour intéresser mes Confrères dans le cas où ils voudraient rédiger quelque travail sur ce thème. Dans le petit nombre de cas que j'ai pu étudier jusqu'ici (25 malades de Danse de Saint Guy) j'ai toujours employé avec succès ma méthode de traitement, et cela est plus que suffisant pour me permet-

tre d'appeler votre attention sur ce point. Sans entrer dans des détails d'érudition quant à la pathologie diagnostique et pronostique de cette maladie, car je ne pourrai exposer rien de nouveau, je soumettrai seulement à votre haute appréciation quelques remarques que j'ai faites sur ce sujet pendant le cours des traitements. En considérant la chorée comme une véritable ataxie, c'est-à-dire comme absence d'harmonie entre la conception et l'exécution soit d'un mouvement soit d'une attitude, et en considérant l'ataxie comme un symptôme commun à différentes altérations du système nerveux, il faut admettre la classification qu'on a faite pour la discussion de la méthode de Fraenkel, et spécialement celle qu'a faite le Dr. Jean Leclerc dans son ouvrage «Les traitements actuels du Tabès».

Ce médecin divise les ataxies en *dynamiques* et en *organiques*. Il faut considérer la chorée comme une ataxie dynamique pure parce-que chez les choréiques on ne trouve aucune lésion organique du système nerveux, et il faut aussi rappeler l'opinion du Dr. Raymond suivant laquelle la coordination est une fonction encéphalique et l'incoordination un trouble encéphalique. La coordination résulte de l'association de la conscience et de la volonté, et la méthode de Fraenkel, dans le traitement de l'ataxie des tabétiques agit en faisant la rééducation des centres corticaux qui président l'exécution des mouvements intentionnels coordonnés.

De cette façon il s'explique pourquoi la méthode rééducative améliore les symptomes d'incoordination dans le tabes et pourquoi dans la chorée elle les guérit complètement.

Avant de passer à la description de la méthode curative je dois faire constater que dans les cas que j'ai traités, excepté un dans lequel la maladie datait de huit jours, (les autres dataient de deux à dix et même vingt mois) on avait employé les traitements connus jusqu'alors sans résultat.

Comme cas curieux, j'en eus un très intéressant, dans lequel, comme on le verra plus loin, les symptomes choréiques disparurent avec la méthode rééducative sans avoir supprimé la cause originale. Il s'agissait d'un enfant de huit ans qui se présenta avec une attaque choréique des plus intenses; deux personnes furent nécessaires pour le transporter, tellement ses mouvements étaient brusques; il lui était impossible d'articuler un mot, enfin tout le cortège des symptomes était alarmant. Il n'avait d'autres antécédents que l'existence de quelques hystériques dans sa famille, et le grand amaigrissement que présentait son corps était bien antérieur à l'attaque qu'aucun traitement n'avait pu arrêter.

La chorée était générale et persistait depuis un mois et demi. Il avait été soumis à différents traitements pharmacologiques qui n'avaient diminué ni la souffrance ni la persistante anorexie. J'ai l'habitude, avant d'appliquer ma méthode, de toujours observer les malades pendant le temps nécessaire et d'analyser les excréments pour voir s'il existe chez eux des vers intestinaux ou solitaire; on sait que ces parasites se trouvent fréquemment dans l'appareil digestif des enfants et sont bien des fois la cause de la chorée.

Je fis part à la famille de la nécessité de faire l'exploration en lui donnant mon opinion à ce sujet; mais pour des circonstances que je ne dois pas citer ici je ne fis aucune recherche et je dus me conformer à l'observation d'un autre confrère, qui opina que mes soupçons n'étaient pas fondés. Dans ces conditions, le malade fut soumis à mon traitement qui eut pour résultat la disparition complète de tous les symptômes de la chorée au bout de 30 sessions, mais sans avoir obtenu la moindre amélioration dans l'amaigrissement qui persistait.

L'été était arrivé; c'était l'époque à laquelle la famille avait l'habitude de partir pour les eaux minérales et j'acceptai la bonne idée du changement de climat, pouvant trouver peut-être dans ce moyen le remède contre l'affaiblissement si persistant; je manifestai cependant mes craintes que si cette dépression organique ne disparaissait pas, la répétition de l'attaque choréique devenait probable.

Le malade et ses parents étaient installés dans un Etablissement d'eaux sulfureuses du Nord de l'Espagne, des plus fréquentés, quand ils remarquèrent que le petit malade expulsait des morceaux de solitaire. Le Médecin Directeur de cet Etablissement fut consulté et fit expulser totalement un grand ténia par le traitement approprié.

Le malade fut complètement guéri au bout de quelques semaines, et se trouvait dans un parfait état de santé sans avoir eu aucune autre attaque depuis deux ans que je l'avais traité. Ceci vient à l'appui des avantages de la méthode rééducative dans les cas que nous étudions, car le symptôme ataxie dans le cas que nous venons de décrire, était des plus dangereux.

Le temps moyen qu'il m'a fallu pour la gérison des choréiques par ce procédé a été d'un mois. J'ai eu des cas plus légers guéris en quinze jours, et des cas graves pour lesquels il m'a fallu plus d'un mois. Dans les trois derniers on avait employé antérieurement l'antipirine à dose maximum sans aucun résultat. Ces légères observations faites, je passe à la description du procédé que j'ai déjà faite en détail en 1887, mais que la pratique m'oblige à modifier dans un sens plus simple et plus avantageux.

Le malade reconnu et diagnostiqué de chorée de ceux qu'on appelle essentiels, on détermine le plan qu'il devra suivre journellement de la manière suivante:

1.° Douche spinale tiède de jet d'une demie minute de durée. On me pardonnera de rappeler ici les expériences du Dr. Henri Guimbaid que j'ai comprouvées dans mon service où j'ai obtenu l'excitation nutritive générale avec la douche chaude d'une demie minute chez les malades anémiques par rhumatismes chroniques de même que chez les autres anémiques chez lesquels peu importe d'employer la douche froide de même durée, car l'origine de leur anémie n'est pas rhumatismale. Cette douche change lorsque dans le cours du traitement on a déjà dominé les excitations nerveuses les plus fortes en employant comme tonique la douche froide de jet d'une demie minute, ou chaude de 43 à 45° si le malade a eu ou a des complications rhumatismales. Tout ceci reste à la discrétion du médecin, selon les indications et les contre-indications de l'Hydrothérapie comme puissant moyen à user pendant le traitement, ou même à posteriori, où elle sera d'une grande utilité pour hâter la convalescence et pour éviter des rechutes.

2° Immédiatement aprés la douche, le malade est soumis à une session légère et générale de massage en employant seulement la manipulation dite effleurage que l'on fera en mettant au préalable le malade dans une chambre chaude.

3° Le malade habillé en tenue spéciale commode passe à la salle de Mécanique médicale pour faire sur un lit les exercices suivants: a) flexion, extension, abduction et adduction, d'abord d'un pied seulement, puis des deux pieds simultanément; b) flexion des genoux et des cuisses: abduction, adduction et élévation en extension des jambes; c) en extension et perpendiculairement à l'axe du corps, ouvrir et fermer les bras; flexion et extension; les bras élevés en extension dans la même direction de l'axe du corps, flexion, extension, abduction et adduction. Tous ces exercices devront être dirigés par les mains de l'opérateur sans les forcer, toutes les fois que les mouvements du choréique seront excessivement brusques mais sans influire sur leur direction et seulement pour éviter les coups que l'on aurait à craindre par les mouvements désordonnés du malade. Il faut obtenir aussi que ces exercices soient de plus en plus rythmiques, qu'ils soient exécutés au commandement du dirigeant qui chante un numéro comme le font les soldats pour marquer le pas.

4° Ces mêmes exercices s'exécutent ensuite debout, en plus de ceux de flexion, extension et rotation de la taille toutes les fois que l'état du malade le permet et si cela n'était pas le cas, on chercherait à les faire

au moins quelques fois tous les jours et bientôt l'on verrait qu'il seront exécutés avec une facilité de plus en plus grande.

5° Exercices de flexion et d'extension des doigts avec un appareil spécial que j'ai fait construire et qui est composé d'une série d'une espèce de dés à ressorts en caoutchouc, appareil que j'ai déjà décrit dans d'autres travaux antérieurs, et que l'on trouve aussi expliqué dans l'ouvrage de Chirurgie orthopédique du Dr. Redard de Paris, publié en 1892.

Immédiatement après, le malade passe devant un tableau disposé de la façon suivante: sur une toile ciré blanche, lisse, d'un mètre carré d'étendue environ, j'ai fait peindre, de droite à gauche, des files corrélatives de cercles noirs cu rouges, au centre de chacun desquels on dessine en couleurs différentes, pour qu'ils frappent plus la vue, des numéros d'ordre, 1, 2 et ainsi de suite. Dans la première rangée supérieure les cercles ont sept centimètres de díamètres, dans la deuxième six centrimètres, dans la troisième quatre centimètre, dans la cinquième deux centrimètres; dans la sixième rangée les cercles sont substitués par des points d'une grosseur telle que le bout des doigts est suffisant pour les couvrir complétement; la septième est formée d'une ligne droite et la huitième d'une décrivant diffèrentes courbes et des zig-zags.

Une fois le malade placé devant ce tableau, on l'avertit qu'il doit se diriger vers la première rangée aux cercles plus grands; on dicte un numéro de ceux dessinés dans les cercles, et le malade placera le bout du doigt que l'on choisit pour commencer et qu'il maintiendra tendu ayant tous les autres en flexion, dans le cercle marqué à son point central.

Cet exercicè est fréquemment presque impossible à réaliser le premier jour, mais chaque fois qu'il se répète, on constate qu'il devient plus facile; il devra être exécuté plusieurs fois par jour avec chacun des doigts corrélativement ou en sautant.—Quand on voit que le malade a acquis plus de facilité pour marquer, on lui fait exécuter le même exercice, au fur et à mesure qu'il avance, dans les autres rangées, deuxième, troisième, quatrième, et jusqu'à la sixième; alors on lui fera suivre avec le but de tous les doigts, un à un, les lignes septième et huitième.

Si le malade ne sait pas lire à cause de son jeune âge ou à cause d'une éduction incomplète, on substitue le tableau décrit plus haut par un autre qui montre des trous circulaires creusés dans le bois, du même diamètre des cercles du premier tableau et disposés de la même façon. Alors le malade introduit le doigt dans les mêmes conditions

que pour les cercles dans le trou qui lui sera préalablement indiqué.

6.° Exercice de locomotion.—Sur le pavé on dessine avec de la craie des lignes que le malade devra couvrir avec les pieds en marchant. On marque premièrement de façon à marcher au pas normal en avant, puis à grands pas. Puis, toujours en marquant des lignes, on fait marcher le malade latéralement et en arrière. Une fois qu'il marche avec sûreté, on le fait marcher sur la pointe des pieds, puis sauter, et finalment on lui fera répéter ces mêmes exercices avec des obstacles qui l'obligeront de plus en plus à faire des mouvements de flexion et d'extensisn avec plus de régularité.—Ceci est le plan général que j'ai eu l'occasion de soigner. Je laisse donc à la considération de ceux qui m'honorent de leur attention, les exercices plus ou moins spéciaux qu'on devra employer selon les conditions particulières que présente chaque cas.

Quand tous les symptomes moteurs du choréique ont disparu avec cette espèce de gymnastique volitive, je suspends le massage et les exercices et le malade continuera seulement à prendre les douches courtes pendant quelque temps, en lui recommandant l'exercice à l'air libre.

Je dois faire remarquer ici les bons résultats que la méthode rééducative m'a donné dans tous les cas qui se sont présentés dans ma clinique, pour faire disparaître avec les traitements physiques les troubles de circulation et de mouvement consécutifs à une longue immobilité, comme chez les malades qui ont eu une artrite grave ou une fracture compliquée ou mal soignée, ou simplement qui n'ont pu marcher depuis longtemps n'importe pour quel motif.

Chez beaucoup de ces malades malgré la disparition des raideurs articulaires et des œdèmes, reste presque toujours une inadaptation du membre à la fonction, très remarquable surtout dans les jambes, ce qui fait boiter le malade pendant longtemps; c'est au genou où l'on remarque plus spécialement la difficulté de coordonner les mouvements de la marche, où il est très difficile de combiner le flexion et l'extension de la jambe pour la progression régulière.

CONCLUSIONS

1e La méthode rééducative appliquée aux bégaiements par Mr. Chervin, publiée à Paris par le Dr. Godard et depuis 1890 appliquée par le Dr. Fraenkel aux tabétiques dans l'ataxie locomotrice, a été employée par moi avec succès, depuis 1886, pour le traitement des choréiques, étant publiées en 1887 mes premières expériences donnant

l'application de cette méthode au traitement de la chorée essentielle, méthode avec laquelle j'ai obtenu la guérison de cette maladie d'une façon plus rapide et plus complète qu'avec tous les autres moyens connus.

2e C'est aussi avec le plus grand succès que je l'ai employée dans le traitement de tous les troubles de coordination occasionnés par de longues périodes d'immobilisation des extrémités.

3e La méthode rééducative, appelée de Fraenkel, est par conséquent un moyen de traitement à essayer dans tous les troubles de coordination ou ataxies, qu'ils dépendent ou non d'une cause connue ou inconnue.

DE L'ISOLEMENT DES TUBERCULEUX DANS LES ASILES D'ALIENES

par Mr. **MARIE** (Villejuif).

Au premier rang des desiderata qu'on peut formuler, en ce qui concerne l'hygiène des asiles, on doit placer les précautions à prendre d'urgence vis-à-vis de la contagion tuberculeuse. Deux points de vue bien distincts sont à envisager: 1° celui du personnel; 2° celui des malades.

1° *Personnel.*—Je prendrai comme exemple nos services de Villejuif. Les infirmiers et infirmières y sont au nombre de 20 pour une section, répartis en 4 quartiers, avec 5 sous-surveillants de remplacement et un surveillant général.

Eh bien, sur ce total de 26 agents pour une section, il y a actuellement 3 tuberculeux et un indisponible par fracture compliquée, suite de coups par un malade; restent 23 gardiens pour 336 malades (78 en plus); si on défalque le surveillant et les 5 sous-surveillants, il reste 17 infirmiers proprement dits, soit environ près de 20 malades pour un simple gardien.

Le personnel subalterne se trouve presque partout en nombre insuffisant en effectif normal, et partout il y a encombrement. Ce sont déjà là des conditions de surmenage préjudiciable au service; mais il y a plus: les exemples de gardiens recrutés sains et devenant tuberculeux dans le service sont multiples et imposent à l'attention l'examen des moyens propres à éviter de tels faits; sur trois tuberculeux, 2 le sont devenus dans l'asile longtemps après l'entrée en service. L'un

d'eux en particulier couche dans le bureau d'un prédecesseur décédé de tuberculose; il s'en trouve atteint à son tour, 10 ans après. Un autre guéri d'une atteinte au poumon a maintenant des accidents cérébraux de même origine selon toute apparence. Tout d'abord on devrait éliminer les agents contaminés, dont quelques-uns, placés en convalescence dans des conditions meilleures et au repos, pourraient guérir. On ne saurait d'autre part entourer le recrutement des nouveaux agents de précautions trop minutieuses concernant la prédisposition spéciale ou les germes latents de l'affection.

Enfin, on doit prendre entre temps les mesures voulues pour que la transmission des germes nocifs ne puisse avoir lieu aux nouveaux gardiens bien portants comme aux malades qu'ils surveillent et soignent; pour cela, la désinfection des locaux et la diminution du surmenage par augmentation du personnel devront être combinés à l'isolement des tuberculeux internés.

La mise en réforme prématurée et l'envoi en convalescence dans un sanatorium spécial, aux frais de l'administration, est la mesure logique à appliquer aux gardiens tuberculeux dans le service.

L'examen de plus en plus sévère des nouveaux gardiens à recruter devrait être réglé sur des bases positives et méthodiques, plus sérieuses encore que celles qui servent de guide pour le choix ou l'élimination en vue du service militaire.

Un minimum de poids, de taille et de tour de poitrine pourrait être adopté ainsi qu'une fiche questionnaire prévoyant l'examen dynamométrique, l'appréciation fonctionnelle des divers sens et l'examen des fonctions circulatoires, cérébrales, respiratoires, digestives (analyses d'urine), etc,

L'administration ne saurait s'entourer des garanties moindres que les sociétés d'assurances sur la vie.

A ces diverses conditions seraient jointes l'appréciation des références ordinaires, et antécédents sociaux, ainsi que des garanties diverses d'instruction dont un minimum serait exigé (certificat d'études primaires par exemple), afin que l'instruction technique ultérieure fût possible, On serait ainsi lié par des considérations étrangères à toute personnalité, ce qui permettrait d'échapper à toutes influences de faveur qui tendraient à faire admettre des malingres ou incapables recommandés.

Mais il ne suffit pas d'éliminer les employés contagionnés et d'assurer le recrutemens d'employés sains, il faut encore empêcher absolument que ces individus bien portants à l'entrée deviennent malades dans le service, comme cela se passe actuellement; aussi ne saurait-on

trop énergiquement réclamer le triage préalable des aliénés atteints de tuberculose pour les isoler dans un asile-sanatorium spécial.

2° *Malades*.=L'aliéné étant le plus souvent interné d'office, il importe que cette mesure ne tourne pas contre lui en l'amenant à contracter à l'asile les germes d'une affection aussi terrible que la tuberculose.

Dans les asiles, les exemples sont fréquents d'individus sains devenus poitrinaires dans les services, non seulement parmi les agents de surveillance, mais parmi les malades.

Ceci provient surtout de ce que les aliénés internés ne sont point distingués à ce point de vue; trop souvent ils sont mélangés dans les services et dortoirs, malgré leur état de tuberculisation. Il importerait, une fois le diagnostic établi, de pouvoir, dès l'entrée dans un service, isoler les cas de ce genre dans les conditions ordinaires prescrites par la science, conditions conciliables dans une certaine mesure avec celles que comporte leur état d'aliénation.

C'est là une question d'une très grande importance, car la spécialisation de certains pavillons conduira sûrement à la création de véritables sanatoria spéciaux, et l'on sera étonné le jour où on fera le relevé des tuberculeux entrés tels à l'asile ou l'y étant devenus. Or, poser une telle question est presque la résoudre, tant elle présente un caractère d'urgence, une portée d'intérêt général. Il ne faut pas que l'asile devienne un foyer caché de propagation de bacilles, alors qu'on prend des précautions jusque sur la voie publique pour leur destruction.

Déjà on a réalisé, à la 2e section des femmes à Villejuif, un dispositif qui permet d'isoler, en même temps que de traiter, quelques femmes du service atteintes de tuberculose pulmonaire.

Une gardienne contaminée suit le même régime avec plein succès. On va établir à l'infirmerie de la 1re section des hommes un panneau-abri sous préau avec toile de tente, permettant d'installer 5 lits avec open-window continu.

Mais ce n'est là qu'un minumum bien précaire, outre le gardien (tuberculeux dans le service) et les 5 malades qu'on y placera, il reste beaucoup d'autres malades de ce genre. Aussi avons-nous demandé le même aménagement dans d'autres quartiers (7e). Ici, en raison de la spécialisation du service pour alités et gâteux, la mesure prend un nouvel intérêt.

L'encombrement persistant et croissant, qui a donné l'an dernier un excédent considérable de journées sur le maximum normal se manifeste dans chacun des 4 services où l'on compte en permanence une

moyenne quotidienne de 80 à 100 malades en surplus des places prévues. Il en résulte une réduction proportionnelle inverse du cubage d'air, la mortalité plus grande, et la plus grande facilité des contagions diverses, sans parler du surmenage du personnel débordé, tant dans les services spéciaux que généraux; personnel, dont on ne saurait, en de telles conditions, exiger un service aussi bon qu'en temps normal.

Mais si de l'examen des malades présents nous passons à l'examen des statistiques d'asiles par cause de décès, nous trouvons pour la Seine.

en 1899 170 décès par affection pulmonaire
pour 1017 parmi lesquels 45 cas de phtisie ou tuberculose
» 11 hémoptysies
« 33 bronchites chroniques.

On est frappé, d'autre part, en relevant le taux de la mortalité tuberculeuse dans les différentes villes, du chiffre élevé qu'atteignent celles dans lesquelles il y a des asiles d'aliénés. Des renseignements établis par la direction de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur (1), sur la population des asiles de France pendant les cinq années 1894-1898, il résulte que dans nos asiles publics la mortalité tuberculeuse est très élevée; nous n'en voulons pour preuve que les chiffres suivants empruntés à M. le professeur Brouardel (2).

La population moyenne annuelle étant de 57;424 aliénés, il y a une proportion moyenne de 672,6 décès par tuberculose, soit 117,1 décès sur 10.000 malades. La mortalité annuelle par tuberculose en France étant de 43,8 pour 10.000 en moyenne, les aliénés payent un tribut presque trois fois plus considérable que les autres habitants.

Les aliénés paraissent particulièrement sensibles aux contagions microbiennes. Le lait a été depuis longtemps signalé dans les épidémies de choléra. Il est certain également que parmi les aliénés se trouvent un grand nombre d'alcooliques prédisposés par leurs habitudes à contracter la tuberculose.

Mais si, au lieu de considerer la totalité, on divise le nombre des asiles en trois groupes, on trouve les résultats suivants;

	Population (moyenne de 5 ans)	Deces (moyenne de 5 ans).	Proportion (pour 10.000)
28 asiles.	20.241,5	398,2	196,7
29 asiles.	24:625,1	208,6	88,3
28 asiles.	13·559,5	65,6	48,3

(1) Rapport no. V, Comission de la tuberculose.
(2) «La propagation de la Tuberculose et les moyens de la combattre.» p. 395. Masson et Cie., édit. Paris, 1900

Ce dernier groupe représente la mortalité commune en France, à 5 ou 6 unités près.

La mortalité par tuberculose n'est donc par le fait nécessaire de la maladie. Certains asiles, Cadillac (Gironde), Morlaix (Finistère), perdent annuellement plus de 500 aliénés sur 10.000; d'autres aussi peuplés. Orléans, Pontorson, n'en perdent que 30.

«Comme lorsqu'on étudie la répartition de la mortalité par tuberculose dans les quartiers de Paris, on est ramené à l'asile insalubre comme on l'a été à la maison insalubre (Dr. Brouardel.).»

Une enquête semble nécessaire pour rechercher les raisons de cette mortalité effroyable qui frappe quelques asiles.

Les points sur lesquels devrait porter l'enquête semblent être ceux-ci, suivant M. Brouardel:

La discipline, la propreté, sont-elles observées avec soin? Comment se fait le nettoyage des parquets, au balais ou par voie humide? Il est difficile de contraindre certains aliénés à ne pas disséminer leurs crachats; les précautions doivent donc être multipliées.

La nourriture de ces aliénés est-elle de qualité suffisante? L'aliéné est disposé par sa maladie à contracter la tuberculose; si par une alimentation insuffisante on augmente cette prédisposition, on crée un état de misère physiologique dangereux.

Il serait intéressant également de savoir, pour dégager l'influence de l'alcoolisme, si ces aliénés entrent déjà atteints du tuberculose, si celle-ci éclate pendant les premiers mois de leur séjour, si les anciens pensionnaires sont atteints de préférence, si certaines formes d'aliénation prédisposent à cette maladie.

La comparaison avec la mortalité tuberculeuse dans les asiles privés est intéressante. Pour 15 maisons privées, nous trouvons de 93 à 99 une population moyenne annuelle de 4,261,3 aliénés, avec un nombre de décès moyen de 17,6. Soit une proportion moyenne de 39,9 pour 10.000, analogue à celle de la mortalité moyenne par tuberculose en France.

Une enquête administrative sur les causes de la mortalité tuberculeuse et de la mortalité générale dans les asiles d'aliénés semble indispensable.

Placé dans un asile public, l'aliéné n'a plus pour protecteurs que les fonctionnaires de l'Etat. On ne saurait soupçonner ces derniers de ne pas faire pour des déshérités tout ce qu'il est en leur pouvoir de faire.

Pour les serviteurs et infirmiers des asiles, les résultats fournis par la statistique sembleraient au premier abord très rassurants.

Les 86 asiles publics comptent annuellement pour une moyenne de 6,933,3 infirmiers, 18,4 décès tuberculeux (moyenne calculée sur 5 annuités).

Soit: 26,5 pour 10.000.

Les 16 asiles privés comptent une moyenne annuelle de 810,7 infirmiers, avec 3,0 décès tuberculeux.

Soit: 37,0 pour 10.000.

Mais ces chiffres, comme l'observe M. Brouardel, ne représentent pas la réalité; dans certains asiles, le directeur a soin de noter qu'on ne prend comme infirmiers que des hommes soumis à l'entrée à un examen physique médical. Le directeur de la Salpêtrière ajoute: «Dans le personnel servant, nous n'avons pu compter que celles de nos infirmières couchant en dortoir, parce que, malades, elles sont transportées à l'infirmerie et comptent au nombre des hospitalisées. Quant à celles qui se font soigner dans leur logement, les décès sont compris dans les décès à domicile, que le médecin de l'état civil vient constater, et dont nous n'avons pas alors connaissance.»

D'autres directeurs déclarent que lorsque les infirmiers sont souffrants, ils demandent à quitter l'établissement et que l'on ignore leur sort ultérieur.

Le problème reste donc sans solution.

Pour compléter ces données, nous avons eu l'idée, avec M. Toulouse, d'adresser un questionnaire à quelques confrères étrangers. Nous avons reçu des documents très intéressants à notre point de vue; ils sont relatifs à la proportion des aliénés tuberculeux en Grande-Bretagne, en Italie et en Allemagne.

Dans ce dernier pays, la réforme est déjà en voie de réalisation et l'isolement des aliénés phtisiques posé en principe, depuis le Congrès de Berlin en 1899. Nous avons reçu de M. le docteur Siemens l'exposé des dispositifs établis à l'asile de Lauenbourg où existe un véritable asile-sanatorium type (*Psych. Wocheschr.*, Halle, n° 1799).

En Italie, sous le ministère du général Pelloux, une circulaire du Président du Conseil a rendu obligatoire l'isolement des tuberculeux aussi bien dans les asiles d'aliénés que dans les hôpitaux ordinaires.

M. le Dr. Luigi-Scabia a, dans les *Annali di Freniatria*, IX 1899, préconisé l'emploi de la tuberculine pour faire le diagnostic préalable des aliénés à isoler de l'asile de Quarto al Mare; les aliénés entrants sont injectés à la tuberculine, puis isolés dans un pavillon distinct s'ils présentent la réaction caractéristique.

En Grande-Bretagne, la Société médico-psychologique de Londres,

dans son assemblée générale du 9 Novembre 1899, a discuté cette question.

M. E. France, de l'asile de Claybury, a préconisé aussi l'emploi du réactif de Koch en injections sous-cutanées pour déceler la tuberculose chez les aliénés à isoler des asiles. La majorité s'est ralliée au principe de l'isolement à part.

M. le professeur Clouston, se basant sur l'examen clinique seulement, évalue à 27 pour 100 la proportion moyenne des tuberculeux dans les services d'aliénés de l'Écosse.

Voici les relevés statistiques qui militent en ce sens pour la Grande-Bretagne.

Asiles d'Angleterre et pays de Galles.

Population.	Décès.	dont tuberculose.	
1895 — 71.648	7.182	1.135	4.477
1896 — 74 684	6.783	1.029	
1897 — 77.217	7.298	1.140	
1898 — 79.983	7.578	1.173	
	28.841		
Moyennes....... 75.903	7.210	1.119	15.52 0/0.

Asiles pour le comté de Londres.

Pour les Asiles d'Hanwell, Colney Hatch, Banstead, Cauchy, Claybury, la mortalité totale en 4 ans (1895-1898) a été de 4,182 pour 11,442 d'effectif, ainsi décomposé:

Affections intestinales..........	86	11,52 0/0.
Cancer.........................	118	
Pneumonie.....................	222	
Affections cardiaques...........	302	
— tuberculeuses........	482	

Soit une proportion de tuberculoses vérifiées au décès, c'est-à-dire 10,5 pour 100 des internés pour le comté de Londres;

Et 14,7 pour 100 pour tous les aliénés d'Angleterre et Pays de Galles.

M. le professeur Clouston, se basant sur l'examen clinique seulement, évalue à 27 pour cent la proportion moyenne des tuberculeux dans les services d'aliénés de l'Écosse.

La différence avec les asiles d'Angleterre est ici plus apparente

que réelle, si l'on songe que bien des malades sont trouvés tuberculeux à l'autopsie, qui de leur vivant étaient douteux ou méconnus.

Enfin M. Clouston ne se servant pas du réactif de Koch devait forcément obtenir une proportion moins forte que ceux qui l'ont utilisé.

Il résulte de ces diverses données que la tuberculose est fréquente dans les asiles d'aliénés; aussi proposons-nous au Congrès le vote du vœu suivant:

Le XIV Congrès International émet le vœu qu'il soit procédé partout à des mesures méthodiques de prophylaxie, à l'égard de la tuberculose dans les asiles d'aliénés, et à l'isolement curatif des aliénés reconnus tuberculeux dans le divers établissements.

APPAREIL HYDROTHERMIQUE

Par Mr. MARCO TREVES (Torino).

Il s'agit d'un appareil pour l'usage médical, grâce auquel on utilise le système conçu par le Dr. M. Treves, pour donner à la source d'un liquide un degré quelconque, compris entre la température plus basse et la température d'ébullition, et cela d'une façon *instantanée, exacte et constante.*

Cet appareil a le but de fournir au médecin le moyen de pouvoir pratiquer, aussi bien chez lui qu'au lit du malade une cure thermique quelconque sur des parties limitées du corps. En outre il peut servir pour plusieurs applications cliniques (thermoésthésiométrie) et de laboratoire. Il contient en soi-même tout ce qui est nécessaire pour obtenir dans les conditions susdites de température, un écoulement non interrompu d'eau.

La source vient d'un réservoir d'alimentation, passe à travers un régulateur spécial de la pression et se répartit en deux courants, dont l'un est porté, au moment même de l'écoulement, à l'ébullition immédiate et continuelle; l'autre courant, en cas de besoin, est refroidi. Ces deux courants, eau chaude et eau froide, arrivent ensuite à un appareil spécial (*hydro-thermodistributeur*), qui en permet l'utilisation, soit séparés, soit mêlés de façon à présenter, en sortant, la température désirée. Il suffit pour cela de chercher sur un diagramme tout à fait spécial le degré de température qu'on veut, et de porter su ce degré, la pointe d'un levier indicateur.

L'eau ainsi obtenue peut être employée soit directement (thermothérapie-humide), soit indirectement, lui faisant parcourir des accessoires spéciaux, qu'on peut appliquer respectivement aux différentes cavités naturelles, ou bien aux différentes régions de la peau, aux quelles ils transmettent ou ôtent la chaleur suivant le cas, et cela pour un temps indéfini. On peut ainsi faire durer les applications pour un temps beaucoup plus long, l'eau ne pouvant pas faire ressentir son action macérante sur les tissus (thérapie sèche).

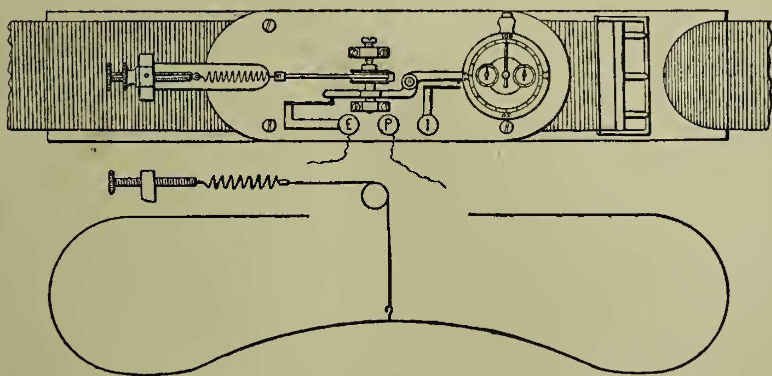
Elle va ensuite dans un récipient d'où, une pompe à rotation peut la reconduire à son premier réservoir, prête à rentrer en circulation.

L'appareil sert donc tant pour la cure à chaud que pour la cure à froid (continue ou alternée) des maladies inflammatoires aigues ou chroniques du canal auditif externe, des voies nasales, de la bouche, du pharynx, du larynx, du rectum, de l'utérus, de l'urèthre, du vagin.

Il peut être utiliser pour refroidir et pour chauffer les pansements chirurgicaux, pour le traitement des fractures, des distorsions, des phlegmons, etc.

Il est spécialement indiqué pour le traitement des affections rhumatismales en général, articulaires, musculaires, de la peau, etc.

L'appareil sert enfin au médecin pour préparer à l'instant même tout instrument pour recherches de chimie, histologie, bactériologie, etc., qui pour fonctionner doit être porté et maintenu à une température précise et constante (étuves à paraffine, thermostates, chambres humides, stérilisations de sérum, etc.



PSYCHIATRIE, COMME SCIENCE CLINIQUE

Rapp ·ıt du P. PRENGOWSKI (Cracovia).

I

In dem gegenwärtigen Stande der Psychiatrie lassen sich zwei Haupt-Richtungen unterscheiden. Auf der einen Seite steht das «Gros» der Psychiater der Gegenwart, auf der anderen die junge, im Entstehen begriffene Kahlbaum-Kraepelinsche Schule (*) in Deutschland, die ich hier näher besprechen möchte. Die ersteren machen keinen gehörigen Unterschied zwischen einem Krankheitszustande und einem einheitlichen Krankheitsprozesse, oder, wollen wir sagen, einer Krankheitseinheit. Stellen sie einen Zustand fest, so befrachten sie ihn meistens bereits als eine Krankheitseinheit. Sie berücksichtigen den Krankheitsverlauf fast gar nicht. Wenn sie bei einem Patienten einen depressiven Zustand ohne irgend welche z. B. für Paralyse oder Epilepsie sprechende Erscheimungen finden, so halten sie ihn schon für eine Krankheitseinheit Melancholie. Soll dieselbe doch z. B. nach Krafft-Ebing nur durch die Depression der Gefühle und die Hemmung der psychischen Vorgänge charakterisiert werden. Aehnliche ganz symptomatologische Definition giebt Krafft-Ebing für die Manie an, deren Krankheitsbild in heiterer Stimmung und Steigerung der psychischen Vorgänge bestehe. Ein Hemmungszustand der psychischen Vorgänge ohne irgend welche grössere Störungen in dem Gefühls-Gebiete bildet schon für ihn eine Krankheit s. g. Stupiditas.

Hat man Hallucinationen und Verwirrtheit gefunden, so genügt das, um eine besondere selbständige Krankheit s. g. Delirium hallucinatorium od. Mania hallucinatoria od. Amentia u. s. w. festzustellen. Etcetera.

Die Definition der Krankheiten nur auf Grund der einmal gefundenen Krankheitszustände ohne jede oder wenigstens ohne gehörige Berücksichtigung des Verlaufes das ist das Kennzeichen der erwähnten psychiatrischen Richtung.

(*) 1. Kahlbaum: «Grüppierung der psychischen Krankheiten».
2. Hecker: «Zur Begründung des klinischen Standpunktes in der Psychiatrie». Virchov's Archiv 1871. Bd. 52. Heft II.
3. Derselbe: «Zur klinischen Diagnostik und Prognostik d. psychischen Krankheiten». Zeitschr. tur Psychiatrie. Bd. 33. Heft V.

Und doch beweist die Lehre von den Circulären Psychosen, obgleich man über ihre Bezichungen zu den Hauptpsychosen Nichts mehr zu sagen wusste, als, dass sie circulär auftreten, sowie beweist auch die Lehre von der Progressiven Paralyse, dass sich die augenfällige Bedeutung des Verlaufes für die Erkenntniss und die Definition der Krankheiten nicht ganz ignorieren liess.

Schon à priori könnte man erwarten, dass das Definieron der Krankheitseinheiten unter Nichtberücksichtigung des Krankheitsverlaufes fehlschlagen muss. Stützt sich doch die Definition z. B. der Lungenentzündung, des Typhus und anderer somatischen Krankheiten nicht nur auf den Befind *einer* einmaligen Untersuchung im beliebigen Stadium, sondern in erster Linie auf die genaue Beobachtung des ganzen Verlaufes somit aller Veränderungen, denen das Krankheitsbild im Laufe der Zeit unterliegt.

Dass das Identifizieren des Krankheitszustandes mit der Krankheitseinheit falsch ist, geht am besten daraus hervor, dass die auf diesem Boden entstandenen Definitionen der Krankheiten der Wirklichkeit so wenig entsprechen, dass der seine Diagnose auf sie stützende Praktiker fast nicht im Stande ist, eine Prognose mit Bestimmtheit zu stellen. Wenn er einen Patienten mit Depression kurz als Melancholiker bezeichnet, so ist er nicht in der Loge den zukünftigen Krankheitsverlauf oder den Ausgang selbst auch nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorauszusagen, denn er weiss sowohl aus seiner eigenen Erfahrung als auch aus der Erfahrung Anderer, dass einige von den s. g. Melancholikern nach einigen Monaten vollkommen genesen, und nie mehr im späteren Leben geisteskrank zu werden. Andere verlieren ihre Depression, um entweder sogleich oder nach einiger Zeit in den entgegengesetzten Zustand der Erregung zu gerathen. Bei Anderen entwickelt sich der charakteristiche Schwachsinn. Noch Andere bleiben für ihr ganzes Leben Geistes-Invaliden mit den Kennzeichen, die sich dem primären melancholischen Zustande nahert. U. s. w.

In derselben Lage befindet sich der Arzt der alten Richtung wenn Manie, Delirium hallucinatorium, Stupiditas u. s. w. diagnosticiert hat.

Wenn man noch hinzufügt, dass ganz verchiedene Zustände, z. B, Depression mit psychomotorischer Ervegung, heitere Stimmung mit psychomotorischer Hemmung u. s. w. gleichzeitig vorkommen können, und das dies gerade nicht zu den Seltenheiten gehört,—wenn man anderseits berücksichtigt, dass es oft gelingt einen direckten Uebergang des einen Zustandes in den anderen zu beobachten,—dann zeigt sich

wohl ganz klar, dass das Ausgangspunkt und das ganze darauf aufgestellte Gebäude der Psychiatrie schwach sind, und der Fortschritt in der Psychiatrie, den die Kahlbaum-Kraepelinsche Schule darstellt, wird uns in seiner ganzen Bedeutung begreiflich.

Der Krankheitszustand z. B. Depression, Erregung, Stupor u. s. w. ist keine Krankeitseinheit. Der Krankheitszustand ist ein Sympton oder ein Stadium, dies ist der erste Richtpunkt der Kahlbaum-Kraepelinschen Lehre.

Aus ihm ergiebt sich der zweite: *das Aufstellen der Krankheitseinheiten soll man auf die Beobachtung des Krankeitsverlaufes stützten.* Ueber den dritten Grundsatz der neuen Schule will ich später Auskunft geben.

Die oben erwähnten zwei Jdeen, welche die Grundlage der Kahlbaum-Kraepelinschen Schule bilden, haben die Psychiatrie den ubrigen klinischen Wissenschaften näher gerückt. Wie z. B. ein Intermist bei der Definiton des Typtons abdominalis nicht das eine oder das andere Sympton oder Stadium, sondern den ganzen Verlauf der Krankheit genau berücksichtigt, so thnt desselbe auch der Psychister neuerer Schule.

Die erwähnten zwei Gedanken, auf denen vor allem die neue Richtung in der Psychiatrie beruht 1) führen in Gebiete der Psychiatrie, als Wissenschaft, zum Umbaue fast des ganzen Gebäudes derselben 2) sie ermöglichen dem Praktiker die Prognosen zu stellen, was offenbar der beste Beweis ihrer Richtigkeit und grossen Bedeutuug ist. Wollen wir einige von den Resultaten etwas näher betrachten, zu denen die neue Metode bis jetzt geführt hat (1).

Dementia praecox ist der neuen Richtung gleich dem erstgeborenen Kinde. Sie entstand auf Rechnung fast aller früheren Psychosen. Ein Teil der Fälle früher als Manie, Melancholie, Amentia, Stupiditas, sogar Paralysis progressiva u. a. diagnosticiert, hat sich, Dank der neuen klinischen Forschungs-Metode, als einer abgesonderten Krankheitseinheit angehörend erwiesen. Die letztere ist durch allmähliches Verchswinden des ganzen Gefühlslebens, durch Schwächung der Urteilsfähigkeit, Störungen der Willenstätigkeit und bestimmte Hallucination bei sonst gut erhaltenen Auffassung, Gedächtnisse, abstraktem Denken charakterisiert. Dazu gesellen sich gewisse Absonderlichkeiten im Benehmen, wie Grimassen-Schneiden, Spanungen in den Muskeln, Stereotipie, Negatywismus u. a. Die ganze Krankheit hat einen

---

(1) Naheres will sich der Leser in betreffenden Publikationen aussuchen und insbesondeere in dem Kraepelischen «Lehrbuche der Psychiatrie». Leipzig. VII Auflage.

bestimmten charakteristischen Verlauf. Es tritt gewöhnlich umach einem melancholischen Aufangsstadin s. g. katatonischer Erregungszustand, der mit Stupor-oder-Paranoidal-Zuständen abwechselt, um schliesslich in einem Zustande des Schwachsinns sein Ende zu finden. In den Zwischenzeiten kehrt niemals vollständige Gesundheit zurück.

Die zweite Frucht der neue Metode ist die Kraepelinsche Lehre über das Manisch-Depressive Irresein, die Krankheit, die vor allem das Gemütsleben betrifft, welches in dem Erregung, sowohl wie in dem melancholischen Zustande gesteigert wird, im Gegensatze zu der Dementia praecox, bei welcher das Gemüts-Leben nicht nur keiner grösseren Steigerung unterliegt, sondern sogar geschwächt wird. Charakteristisch für diese Krankheit ist periodische Wiederkehr verschiedener Zustände, wie: Depression, Erregung, Hemmung der psychischen Vorgänge, weiterhin verschiedene Combination und ein alhnähliches Ineinander-Uebergehen dieser Zustände. In der Zwischenzeit erfreuen sich die Kranken einer completen Gesundheit.

Der Begriff der Melancholie, als einer Krankheitseinheit ist sehr beschränkt worden, zu Gunsten der Dementia praecox und des Manisch-Depressiven Irreseins. Die Melancholie ist nach Kraepelin eine Krankheit des Rückbildungsalters, welche in Depression, Versundigungsideen, mit entsprechenden Wahnideen und einer psychomotorischen Unruhe, mit einer in ungefähr $^2/_3$ der Fälle günstigen Prognose, in $^1/_3$ mit Uebergang in den eigenartigen Invalidenzustand besteht.

Die frühere Manie ist in ihrer Existenz erschüttert worden. Die Fälle, welche früher zu diesem Krankheitsbilde gezählt wurden, erweisen sich der genauen klinischen Untersuchung, als teils zur Dementia praecox, teil zum Manisch-Depressiven Irresein gehörig.

Die genaue Beobachtuñg des Verlaufes der Fälle, welche bisher gewöhnlich als Paranoia definiert wurden, hat gezeigt, dass diese Fälle nicht einer, sondern zweien verschiedenen Krankheiten entsprechen. In einem Teile, als eigentliche Paranoia bezeichnet, herrschen systematisierte Wahnideen, ohne Schwachsinn. Der ganze Prozess kann Jahre und Jahrzehnte ohne grössere Fortschritte bestehen.

In dem anderen, von Kraepelin Dementia paranoides genannt, und als Untergruppe der Dementia praecox betrachtet, unterliegen die Wahnideen keiner Systematisierung. Der Prozess führt rasch zum Schwachsinn. Dazu gesellen sich andere Zeichen wie absurde Absonderlichkeiten, das Fehlen der Konsequenz im Entwickeln und Verteidigen der Wahnideen etc. Der Zustand, der Vrlauf und das Ende sind bei den beiden Krankeitsbildern ganz verschieden, dementsprechend müssen auch die letzteren als ganz verschiedene Krankheiten betrach-

tetwerden. Von dem Delirium hallucinatorium sind die Fälle zu trennen, bei denen neben den Hallucinationen und der Verwirrtheit die gute Auffassung intakt bleibt. Dieselben sind als ein Zustand der Dementia praecox zu betrachten.

Die Krankheit-Stupiditas ist ad minimum reduziert worden. Sie hat sich vielmehr als ein bei verschiedenen Krankheiten auftretendes Symptom erwiesen.—Dipsomanie ist auf epileptische Grundlage gestellt worden.—Die Diagnose der Hysterie ist seltener geworden.—Modifiziert ist die Lehre über die Epilepsie. U. s. w. U. s. w.

Solche Ergebnisse hat im Laufe nicht vieler Jahren die neue Metode schon gebracht. Es muss hinzugefügt werden, dass dieser Umbau bei weitem noch nicht seinem Ende entgegensicht. Die ganze Arbeit wird sich weiter entwickeln, Vieles wird in ihr noch vielleicht vervollständigt, ja ganz verändert werden.

Der Umstand, dass ähnliche Krankheitszustände in den verschiedenen Krankheiten vorkommen können, musste den Gedanken erwecken, ob man in diesen Zuständen selbst nicht irgend welche Unterschiede finden könnte, ob es nicht gelingt die Merkmale auszusuchen, welche z, B. den melancholischen Zustand des Manisch-Depressiven Irreseins von demjenigen der Dementia praecox oder Melancholie u. s. w. unterscheiden. Dieser Gedanke wird jetzt in der Kraepelinschen Klinik realisiert—und *dies ist das dritte Kennzeichen der neuen Schule.* Auch hat sie in dieser Richtung schon wichtige Erfolge aufzuweisen. Es hat sich herausgestellt, dass sich der depressive Zustand der Melancholie von denjenigen der anderen Krankheiten durch Unruhe und eine Neigung zum Jammern unterscheidet, während sich der depressive Zustand des Manisch-Depressiven Irreseins mehr durch Hemmung der psychomotorischen Thätigkeit kennzeichnet. Bei der Melancholie ist die Depression viel stärker, als bei dem Manisch-Depressiven Irresein, wo der Kranke sogar im Stande ist, zu lächeln (s. g. Lebilität). Bei der Melancholie sind immer Versündigungs-Ideen vorhanden, bei Manisch-Depressiven Irresein können sie fehlen.

Die Depression aus Dementia praecox wird gewöhnlich von Hallucinationen, nämlich von Gehörstäuschungen häufig unangenehmer Art, sowie von den äbrigen Merkmalen der Dementia praecox, wie Katalepsie, Negatywismus u. s. w. begleitet.

Nicht veniger liess sich ein wesentlicher Unterschied zwischen der maniakalischen Erregung der Dementia praecox und derjenigen des Manisch-Depressiven Irreseins nachweisen. Grosse Verwirrteit bei geringerer motorischer Erregung und dabei völlig erhaltenem Bewusstsein, geringe geistige Productivität, Stereotypie, ziellose Bewegungen, Gri-

massen-Schneiden, Verbigeration u. a. Symptome der Dementia praecox unterscheiden genau de Erregungszustand der lezteren Krankheit von demjenigen des Manisch-Depressiven Irreseins.

Es lässt sich zwar nicht leugnen, dass die Beobachtung des Verlaufes und die genaue Analyse des Krankheitsbefundes, welche die jetzige Untersuchungs-Metode von dem Psychiater erfordert, seine Aufgabe bedeutend erschwert. Dafür wird ihm aber die Genugtuung zu Theil, dass es ermöglicht worden ist, Prognoses zu stellen, was der wichtigste praktische Erfolg der Kahlbaum ihrer Rationalität ist.

Und noch einen Moment möchte ich hinzufügen. Nämlich hat Kraepelin in seiner eben dargestellten Bestrebung, schon in den Krankheitszuständen selbst die Differenziel-Merkmale festzustellen, der erste die experymentell-psychologischen Untersuchungen in die Psychopatologie eingeführt, wie Sie das hier, M. H., auch non einem anderen Vortragenden (Dr. Weygandt) gehört haben.

Dafür, wie die Kraepelinsche Lehre von den ärztlichen Publikum aufgenommen wird mag uns der Umstand als Beweis dienen, dass die entsprechenden Publikationen beinahe augenblicklich ausverkauft werden. Die sechste Auflage seines Lehrbuches der Psychiatrie ist schon völlig erschöpft und bald erscheint die siebente. Ich halte Gelegenheit in der Heidelberger Klinik einen älteren Praktiker Dr. Ischel kennen zu lernen, der seit zehn Jahren in der Irrenanstalt von Jambow arbeitet. Aus tiefem Russland ist ernach Heidelberg gekommen, um an der Quelle die Kraepelinsche Lehre kennen zu lernen, die, wie er sich selbst ausdrückte, fast sein Lebens-Problem gelöst hat, in dem sie ihn in den Standsetzte, einem betrübten Bauer entscheidende über das Schicksal seiner kranken Frau oder seines Kindes Auskunft zugeben.

II

Zu den oben dargestellten Grundsätzen der Kahlbaum-Kraepelinschen Schule möchle ich noch Folgendes hinzufügen. Drei Bedingungen müsste man noch genüge thun, um die Psychiatrie den übrigen klinischen Wissenschaften gleich zu stellen.

1) Während man bei den somatischen Krankheiten schon seit langem der Stoffwechsel untersucht, findet dies in der Psychiatrie nur sehr wenig statt. Es ist vor allem wissenschaflich wertvoll, zu erforschen, ob und in welcher Weise der Stoffwechsel bei allen Geisterskrankheiten verändert wird. Mit unseren jetzigen Kenntnissen und vorallem mit dem Nachweise patologischer Veränderungen in der Hirn

Rinde bei der psychischen Krankheiten lässt sich die Anschauung, dass diesen Krankheiten gar keine somatische Veränderungen entsprechen, nicht mehr vereinigen. Wenn aber die letzteren tatsächlich existieren, so müssen sie auch ihren Ausdruck in quantitativer oder qualitativer chimischer Veränderung des Stoffumsatzes finden. Wir wollen ihn also zum Gegenstand der Untersuchung machen und vor allem die italienischen Kollegen befolgen, die besonders diesem Gebiete ihre Aufmerksamkeit schenkten. Ich will nicht soweit gehen, zu behaupten, wie weit diese Forschungen irgend welche grössere Vorteile für die Diagnostik bringen können. Ich bemerke jedoch, dass wir doch nicht nur praktische, sondern auch rein wissenschaftliche Ziele verfolgen, indem wir die geheimnisvollen Natuträthsel auf unserem Gebiete dem menschlichen Erkennen zugänglich zu machen bestrebt sind.

Mit der Untersuchung des Stoffumsatzes bei Geisteskrankheiten steht in enger Beziehung die genaue Erkenntniss der Veränderungen in allen körperlichen Organen. Die genaue körperliche Untersuchung unserer Patienten ist der dazu führende Weg.

Wir dürfen nicht vergessen, dass einerseits die Hirnrinde ein, obwohl das höchste, der vielen Organen des menschlichen Organismus ist, und dass anderseits zum Wesen des letzteren, wie eines jeden Organismus, gehört, dass innigste Beziehungen und gegenseitige Abhängigkeit der einzelnen Organe bestehn. Versuchen wir in diesen Abschnitt der Natur-Erscheinungen, mit welchen wir zu thun haben, mit unserer Forschung einzudringen! Dieser Postulat findet grosse Anerkennung vor allem bei den französischen Kollegen, die allgemein befolgt zu werden mögen!

2) Während alle anderen klinischen Wissenschaften die Möglichkeit des gleichzeitigen Auftretens, also einer Kombination verschiedener Krankheiten stets vor Augen haben,—man hat sogar z. B. Typhus abdominalis und Typhus exantematicus zusammen auftretend beobachtet und beschrieben,—begegnet man in der Psychiatrie und hie und da Gedanken von der Möglichkeit der Kombination verschiedener Psychosen, jedoch ohne volles Verständniss ihrer Bedeutung und Tragweite. Dieser Gedanke würde das genaue Definieren der Krankheitseinheiten sowie die dyfferentielle Diagnostik unter ihnen erleichtern.

Für die Richtigkeit des oben erwähnten Gedankens über die Möglichkeit des Zusammentreffens der Psychosen spricht nicht nur das Beispiel der somatischen Krankheiten, sondern auch die bisherigen Ergebnisse der Forschung nach den patologischen Veränderungen in der Hirnrinde. Im Nissl'schen Laboratorium werden oft sogar in einer

und derselben Nervenzelle zwei und bisweilen drei verchiedene Veränderungs-Arten festgestellt. Nissl hat eine ganze Reihe von s. g. kombinierten Veränderungen unterschieden.

In seiner Arbeit «Ueber einige Beziehungen zwischen Nerven-Zelle Erkrankungen und gliösen Erscheinungen bei verschiedenen Psychosen» (1) sagt Nissl: «Jene Erkrankungsformen, die ich als kombi»nierte Erkrankungen: a) der acuten und chronischen und b) der »chronischen und acuten bezeichnet habe, sind ausserordentlich gut »charakterisiert, indem sowohl die merkannten Erscheinungen der »acuter als auch der chronischen Erkrankung klar zu Tage treten. »Auch scheint es eine Mischform zwischen den chronischen und »schweren Zellkrankheiten zu geben».

Ich möchte endlich in Bezug auf die Frage von der Kombination der Psychosen einige Fragen stellen. Kann Lues bei einem Kranken, der sei es mit Manisch-Depressivem Irresein, sei es mit Dementia praecox oder mit epileptischer Psychose u. a. belastet ist, zum Auftreten der Progressiven Paralyse führen? Und wenn das thatsächlich geschieht, ob mit diesem Augenblicke seine frühere Erkrankung verschwindet?

Izt z. B. ein Epileptiker gegen alle die Noxen immun, welche sonst andere Erkrankungen verursachen?

Verliert eine hysterische Person ihre primäre Erkrankung, sobald sie eine andere Psychose bekommt? U. s. w.

Zweifellos, ist es nicht ausgeschlossen, dass einige Erkrankungen gleichzeitig nicht auftreten können, wie es auch bei den somatischen Krankheiten der Fall ist. Dadurch wird jedoch der erwähnte Gedanke über die Möglichkeit der Kombination von Psychosen seine Bedeutung nicht verlieren.

3) Jeder andere Kliniker muss, bevor er zum Bett des Kranken tritt, gründlich die Bestandteile des menschlichen Körpers (Anatomie) sowie seine normale Lebensfunktionen (Physiologie) kennen lernen. Dies ist aber in der Psychiatrie nicht der Fall. Der Psychiater bleibt ohne eine solche Vorbereitung.

a) Dass man von den Eigenschaften und Funktionen des normalen Indywiduums nicht viel weiss, kein Wunder, da sich bisher die betreffende Disciplin erst in den frühesten Anfangsstadien befindet. Wie oft mit den neuen wissenschaftlichen Ideen der Fall ist, ist Frankreich ihr Geburtsort Ich meine darunter die Untersuchungen von Binnet n. a. Diese Untersuchungen sind für uns-Psychiater sehr wicthig, da

(1) Archiv für Psychiatrie. Bd. 32. Heft 2. 1899.

sie uns eine genauere Unterscheidung des Patologischen von dem Nor malen erleichtern werden.

Aber auch wir könnten sehr viel für diese neue Disciplin leisten, und zwar deswegen: a) weil wir das Patologische im geistigen Leben kennen und; b) weil wir in dem Gebrauche der Metode der äusseren Beobachtung geübt sind, welche in jener Disciplin die Hauptrolle spielt. Es muss dabei darauf hingewiesen werden, dass das, was mit den Worten «indyviduelle Psychologie» bezeichnet wird, zwei ganz ver schiedene Wissenschaften in sich enthält: die eine, die den allen Menschen gemeinsamen Verlauf des geistigen Lebens unter dem Einflusse verschiedenster innerer und äusserer Lebensbedingungen untersucht, die andere, welche Differenzen zwischen den verschiedenen Menschen kennen lernen und die Klassifikation derselben in die Menschen-Typen aufzustellen bestrebt sein muss.

b) Wenn wir daran nicht schuldig sind, dass wie das geistige Leben des normalen Menschen nicht kennen (da die betreffende Disciplin fast noch nicht existiert), so sind wir aber nicht ohne Schuld in der Beziehung, dass wir keine gründliche Kenntniss der psychischen Elemente, dh. der Bestandteile sowohl des normalen, wie anormalen geistigen Lebens, besitzen. Wir haben gewöhnlieh keine psychologische Vorbereitung. Wir beschäftigen uns mit der Patologie des geistigen Lebens, von der Anatomie aber und der Physiologie derselben wissen wir nicht viel mehr, wie *sit vemia verbo* jede Köchin. Es erscheinen umfangreiche Lehrbücher, Monographien und einzelne Arbeiten—der *par excellence* empirischen Wissenschaft über die psychischen Erscheinungen;—wir kümmern uns darum nicht viel.

In besserem Falle verstehen wir etwas, gewöhnlich nicht viel, von den experimentell-psychologischen Untersuchungen und sind sofort überzeugt, dass die s. g. experimentelle Psychologie schon die ganze Psychologie ist, alles anbere ist schon Metaphysik (1). Sancta simplicitas!

Die s. g. experimentelle Psychologie ist *erstens* keine selbstständige und einheitliche Disciplin. Zur Bestimmung der Wissenschaft gehört nicht nur die besondere Untersuchungs-Metode, sondern und vor allem der besondere Gegenstand. Die psychologischen Experimente werden aber angewandt—sowohl bei der Erforschung der Elemente des menschlichen psychischen Lebens und der gegenseitigen Beziehungen der letzteren (allgemeine normale, beschreibende s. analitische Psychologie), wie bei der Untersuchung der gegenseitigen normalen

---

(1) Andeutung an eine inderselben Sektion stattgefundene Diskusion.

Beziehungen zwischen den physischen und physiologischen und den psychischen Erscheinungen (Psychophysik und Psychophysiologic); wie bei der Erforschung des normalen Verlaufes unter den verschiedensten Lebens-Umständen der geistigen Prozesse sowie der indyviduellen Verschiedenheiten der Menschen und der Aufstellung der menschlichen Typen, endlich bei unserer psychopatologischen Forschung, in welche, wie erwähnt, das psychologische Experiment von Kraepelin eingeführt worden ist. Angesichts alles dessen—von der experimentellen Psychologie zu sprechen ist dasselbe, wie etwa, wenn man z. B. von der auskultativen, perkussivon, paltitativen, etc. Medicin sprechen wollte.

Zweitens, sind die experimentellen Untersuchungen sogar auf dem Gebiete der allgemeinen normalen Psychologie nicht nur ein kleiner Bruchteil der letzteren, sondern sie beruhen auch auf der letzeren, welche für sie Grundlage und notwendige Bedingung bildet. Es muss doch für das Verständniss und die entsprechende Beurteilung der Ergebnisse sowie für eine entsprechende Einstellung der Experimente z. B. mit den Wahrnehmungen, Vorstellungen, Willenserscheinungen etc. die Kenntniss dessen notwendig sein, worin diese Wahrnehmungen, Vorstellungen, Willenserscheinungen etc. bestehen.

Dass die normale, allgemeine Psychologie eine Grundlage für andere psychologischen Disciplinen, daher auch für die zu diesen Disciplinen gehörenden experimentellen Untersuchungen—bildet, braucht nicht weiter erörtert werden.

M. H. Wenn die Psychiatrie allen anderen klinischen Disciplinen gleich sein und auf dem wirklich strengen wisssenschaftlichen Boden stehen soll, müssen wir mit den Bestandteilen und der Zusammensetzung des geistigen Mechanismus gründlich bekannt werden! Die Ursache der gegenwärtigen anormalen und sonderbaren Erscheinung, dass sich die Psychiater wenig bemühen, die psychischen Elemente und ihre gegenseitigen normalen Beziehungen kennen zu lernen, scheint in dem unglücklichen, naiven Nachlasse früherer Decennien zu liegen, wonach der Gedanke so der Bewegung gleicht, wie «a» gleicht «a». Es musste daraus leicht die Meinung entstehen, dass für die Kenntniss der Psyche die Untersuchungen, dic sich nicht auf die physisch-physiologische Funktionen des Gehirnes beziehen, nicht notwendig sind.

Wenn die Rede von der gründlichen psychologischen Vorbereitung der wissenschaftlich thätigen Psychíater ist muss bemerkt werden, dass dadurch nicht etwa das Durchlesen dieses oder jenes psychologischen Lehrbuches gemeint wird. Wie man die Bestandteile des

menschlichen Körpers durch das Lesen der anatomischen Bücher oder etwa durch die Betrachtung der anatomischen Atlasen nicht näher kennen zu lernen vermag, sondern zu diesem Zwecke betreffende Organen am Leiche mit eigenen Augen sehen muss, so vermag man auch die psychischen Erscheinungen bloss aus den Büchern-Atlasen und Bilder giebt es hier sogar nicht—kennen lernen, sondern man muss diese Erscheinungen selbst zu betrachten verstehen, was, wie bekannt, eine nicht leichte und eine grössere Uebung verlangende Aufgabe ist. Wenn die psychologischen Kenntnisse auf diese Weise erworben wären, so würde es der Fall nicht möglich sein, dass noch heute manche angesehenen Forscher ihre psychiatrischen Lehren auf die Herbartsche Psychologie stützen.

Die praktische Konsequenz der angeführten Ausführungen ist die, —es soll den Hörern der medicinischen Fakultäten der Besuch der Vorlesungen über Psychologie erleichtert werden, sowie derjenige der betreffenden Seminarien und Laboratorien ermöglicht werden welch-letztere ähnlich, wie die anatomischen Prosektorien obvohl selbstverständlich auf anderen Wegen die selbständige und gründliche Erkenntniss des Gegenstandes besonders fordern. Auf diese Weise wird denjenigen, die sich der wissenschaftlichen Thätigkeit auf dem Gebiete der Psychiatrie widmen, die Möglichkeit gegeben werden, sich die gründliche Vorbereitung zu verschaffen.

Zum Schluss möchte ich hinzufügen, dass ich hier von der selbstverständlichen Bedeutung für die Psychiatrie der anatomischen Untersuchungen der Hirnrinde absichtlich nicht gesprochen habe, da ich bloss von dem rein Klinischen, dh. von dem, was mit dem Kranken, in der Klinik, geschieht und geschehen soll, sprechen wollte.

N. Ce rapport, ainsi que le suivant, du même auteur, ne nous sont pas parvenus en temps opportun pour être insérés dans la Séance du 28 Avril, où ils furent lus.

LA MALADIE CONSIDEREE TANTOT COMME NEURASTHENIE PERIODIQUE TANTOT COMME PSYCHOSE CIRCULAIRE D'UN PETIT GRADE ETC.

RAPPORT

de Mr. PIERRE PRENGOWSKI (de Cracovie).

I

Einen Gegenstand des Streites zwischen den Neurologen und Psychiatern bildet das dunkle Gebiet der Neurasthenie, und auf diesem Gebiete vorallem diejenigen Fälle, welche die einen, wie Sollior, Oddo, Dunin, Pulawski u. a. als periodische Neurasthenie, andere, wie Lange, als periodische Depressionszustände bezeichnen, noch andere, wie Kahlbaum, Hecker, Kraepelin, Hoche etc. zu Circulärem Irresinn leichteren Grades rechnen. Der praktische Arzt begnügt sich, sofern er solche Fälle zur Behandlung bekommt, mit der bequemen Diagnose «Neurasthenie» oder mit der noch bequemeren «Psychisch-Nervosität, ohne etwas Bestimmtes darunter zu verstehen. Der Grund der Missverständnisse ist hauptsächlich darin zu suchen, dass unsere Kenntnisse der genannten Erkrankung sehr mangelhaft waren. Man kannte nicht den Faden, welcher viele beobachtete Symptome mit einander verbindet. Man kannte nicht das Wesen der Erkrankung. Kein Wunder daher, wenn man bisher einerseits einzelne Symptome als geschlossene Krankheitseinheiten, anderseits dieselben als Bestandteile anderer Krankheitsformen bezeichnete. Es ist mir gelungen ein gewisses

Die bei der Korrektur gemachte Bemerkung (im Marz 1905).—Wie weit meine Kenntniss der laufenden Litteratur reicht, hat die Behauptung, dass das Wesen der neurastenischen Erkrankungen auf den wasomotorischen Störungen beruht, bisher nur im Aufsae von L. Höflmayer: «Zur Aetiologie und Behandlung der Neurasthenie» Wiener klin. Rundschau 1904. N Februar Wiederholung gefunden. Der Verfasser dieses Aufsatzes sagt, dass alle neurastenischen Beschwerden entweder direkt vasomotorische Störungen sind, oder aus den letzteren abgeleitet werden können. Abgesehen davon, dass der Verfasser von der Art dieser vasomotorischen Störungen Nichts zu sagen vermag, ist übrigens die Beweisführung auf die er diese Behauptung zu stützen versucht, von keinem wissenschaftlichen Werth. Es ist doch für den Verfasser ohne weiferes klar, dass die Ermüdbarkeit, Aufregungen, Empfindlichkeit gegen Vorwürfe etc. der Neurastenischen durch die Störungen in der Circula-

Licht auf dieses Gebiet zu werfen, indem ich durch mehrere Jahre dauernde Beobachtungen und Versuche an mir selbst.—ich hatte die besprochene Krankheit in der ausgeprägten Form—sowie darauf an anderen Patienten einige Thatsachen festgestellt habe, welche sich auf das Wesen der Krankheit beziehen.

Ich begnüge mich hier mit der Anführung der Krankengeschichten von drei Patienten an, von denen der erste ich selbst bin. Der Darstellung des ersten Falles folgt die Analise der ganzen Krankcheit nach. Leider ist es mir nicht möglich gewesen, alle zur Zeit dem Kliniker zu Gebote stehenden Untersuchungs—wie Behandlungs—Hilfsmittel zu benutzen.

II *Der Fall 1.*

Patient ist 29 Jahre alt, im Jahre 1874 geb. Die Mutter des P. ist hysterisch. Die Geschwister zeigen keine auffallendere nervöse Erscheinungen. P. hat im 8. Lebensjahre Typhus abdominalis durchgemacht. Während seiner Gymnasielschuljahre, besonders in den letzten vier Klassen, arbeitete P. überaus erschöpfend und halte grosse Gemütsaufregungen.

Einige Monate hindurch schlief er damals nur vier bis funf Stunden täglich. Das grösste Bedürfniss nach Schlafmusste er stets überwinden. P. genoss jeden Tag reichlich Thee und Kaffee, was er aber später, d. h. seit 8 Jahren vollständing unterlassen hat. Lues, Alkoholgebrauch, sowie Nikotingebrauch liegen gar nicht vor. Wann die

---

tion im Gehirne hervorgerufen sind! Ich gehe auf die weiteren Hypotesen des Verfassers nicht näher ein, welche ihre Stütze nicht im Bereiche des Thatsächlichen und Wahrgenommenen, sondern viel mehr im Bereiche des Möglichen haben. Ich begnüge mich hier mit dem Ausdrücken der Freude, dass meine Behauptung, obwohl nicht meine Beweisführung für dieselbe, eine Wiederholung gefunden hat. Es wäre nur aber wünschenswerter, wenn sich der Verfasser des im Februar 1904 im Wiener Wochenblatte (W. Kl. Rundschau) erschienenen Aufsatzes auf meine Mitteilungen berufen hätte, von denen.

1) e-in N N 12-17 des «Przeglad lekarski» März. April 1903 m. T.» Ueber die als periodische Neurastenie etc. aufgefasste Krankheit» publiziert wurde und bald darauf, wieviel ich weiss, in einer der Berliner Medicin. Zeitungen referiert worden ist;

2) e-in dem Madrider Kongresse April 1903, vorgetragen und, wie viel ich weiss, in ein paar französischen Zeitschriften wiedergegeben wurde;

3) e-in dem in der «Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie» 1903. Bd 60 erschienenen Aufsatze «Zur psychiatrischen Therapie»—kurz dargestell, bald darauf im «Centralblatt f. Psychiatrie u. Neurologie» sowie in «Münchner medic. Wochenschrift» referiert wurde, und noch nachher in meiner. Berichtigung in der letzteren Wochenschrift Nachklang gefunden hat,—und endlich;

4) e-in dem in der «Wiener mediz. Presse» 1904. N1 (Januar) ersehienenen Aufsatze «Ueber die Obstipatio spastica» erwähnt nnd u. a· in «Münchner medic. Wochenschrift» referiert wurde.

jetzige Erkrankung begonnen hat, kann der P. nicht genau angeben. Nervös ist jedenfalls der Pat. schon viele, ca. 15 Jahre

Der körperliche Status ist selbstverständlich von einem anderen Arzt (Dr. Koelichen aus Warschau) gemacht worden. Auch wurde die Feststellung der meisten anderen und vorallen psychischen Erscheinungen oft mit Hilfe anderer Kollegen gemacht.

P. ist von mittlerer Grösse, gut entwickeltem Skellet mittelmässiger Ernährung, mit Indurationen in beiden Lungenspitzen und mit Lungenemphysem im geringeren Grade.

Dei der Auskultation und Perkussion des Herzens ergeben sich keine organischen Störungen. Abnormitäten im Bau der Gefässe sind nicht vorhanden. Am Bauche sind der Verlauf des Grenzstranges N. Sympatici, die Gegend des Plexus Coeliacus sowie Hypogastricus auf Druck nicht empfindlich. Gesichtsfeld ist nicht beschränkt. Die Puppillen reagieren auf Licht prompt. Die Gehirnnerven sind frei.

An den Ohren sind zusammengewachsene Ohrläppchen und deutliches Tuberculum Darwini. An den oberen Extremitäten sind Motilität sowie Sensibilität normal, alle Reflexe (Triceps, Biceps, Radiiperiostal) sind vorhanden. Mechanische Muskelerregbarkeit nicht gesteigert. Bauchreflex vorhanden. Cremastereflex auch. Kniereflex normal. Achillesreflex lebhaft. Kein Fussclonns. Kein Babinskireflex. Sehnenreflex normal. Motilität und Sensibilität an den ganzen unteren Extremitäten, sowie am ganzen Rumpfe normal.

Die Jahrelang andauernden Beobachtungen des Kranken haben folgendes erwiesen. In folge der Wirkung selbst der allerleichtesten Kälte auf den Körper des P. entstehen eine ganze Reihe von Erscheinungen, besonders seitens der Haut, des Herzens, des Verdauungsapparates und des Seelenlebens. Diese Erscheiuungen können Tage, Wochen, sogar Monate lang andauern, bis Uebererwärmung der Haut entsteht. Mit dem Ueberwärmen der Haut fühlt sich P. ganz wohl, und genannte Symptome verschwinden. Der Zustand des Wohlbefindens hört aber sofort auf, wenn die Uebererwärmung der Haut aufhört. Dieser Wechsel zwischen normalem und anormalem Zustande kann jederzeit experimentell hervorgerufen werden, wenn man nur die Haut des P. einige Stunden warm oderkalt hält.

Nach der Einwirkung der Kälte auf die Haut des Patienten treten in erster Linie die Hautveränderungen auf, welche auf Spasmus der Gefässe hinweisen. Die Haut auf dem ganzen Körper wird blass, kühl, rauh, trocken, ohne Turgor und mit verminderter Schweissabsonderung. Besonders sieht man die Veränderung der Haut auf dem Gesichte, und hier ist die ganze Veränderung für die Umgebung ammeis-

ten auffallend. Dieser Zustand der Haut kann Stunden, Wochen etc. lang anhalten, bis sich der Pat. der Uebererwärmung aussetzt. Der Patient noch kurz z. B. 1/2 Stunde vorher gesund aussehend, bekommt eine blasse und krankhafte Gesichtsfarbe, so dass sein Aussehen sofort der Umgebung auffällt, und Jeder Schwindsucht vermutet.

Dieser krankhafte Gesichtsausdruck, dauert, wie schon gesagt, so lange, als die ganze Haut nicht entsprechend erwärmt, d. h. im Vergleich mit normalen Verhältnissen, übererwärmt wird, also Stunden, Tage, Wochen, sogar Monate lang. Mit der erforderlichen Erwärmung der Haut, bekommt das Gesicht wieder sein gesundes Aussehen, welches wiederum so lange erhalten bleibt, als die Uebererwärmung der Haut andauert. Besonders ist es immer auffallend, dass der P. früh, nach dem Aufstehen aus dem warmen Bette, gesund, rötlich aussieht, aber schon nach sehr kurzer Zeit, z. B. 1/2 Stunde darauf, wieder sein krankhaftes Aussehen bekommt, wenn er sich beim Aufstehen unter der Wirkung der Kalte befand, und sich nachher nicht übererwärmt hat. Umgekehrt verhält es sich, wenn der P. mit krankhaftem Aussehen, in einen warmen Raum,—Restaurant, Theater, gut erwarmtes Zimmer u. s. w.—eintritt. Nach 10—30 Minuten, je nach der darin vorhandenen Wärme, erhält sein Gesicht wiederum seinen gesunden, rötlichen Ausdruck, welcher wiederum so lange fortbesteht, bis der P. von Neuem sich der Kälte aussetzt.

Dieser Vorgang darf nicht mit der normalen Erscheinung verwechselt werden, die bei anderen Menschen auftritt, wenn sie aus dem Frost in die Hitze übergehen,—schon desswegen nicht, weil hier nicht so grosse Temperaturunterschiede nötig sind: zweitens weil in jenen normalen Verhältnissen, die Errötung des Gesichts nur kurze Zeit anhält, während sie hier sogar Tage, und noch länger dauern kann. Alle Komponenten des gesammten Begriffes, «krankhaftes Aussehen» sind nicht ganz bekannt. Jedenfalls das wichtigste ist der Blutmangel, also das Fehlen der Blutfarbe in der Gesammtfärbung der Haut, welche dann nur ihre eigene Färbung zeigt. Wenn die Haut viel pigmentiert ist, oder Ausschlag, kleine Narben, Flecken, Unebenheiten etc. besitzt, so fällt dies alles, da es nicht durch Blutfarbeton verwischt wird, dem Auge besonders auf. Eine weitere Komponente bildet ein eingefallenes und abgemagertes Gesicht, besonders in der Umgebung der Augen. Die Haut ist nicht so elastisch und weich, wie sie in normalem Zustande su sein pflegt, was man durch leichtes Zwicken zwischen zwei Fingern festzustellen vermag, wenn man einige Uebung darin besetzt. Die Unterschiede in der Temperatur, in der Rauheit oder Glätte, sowie in der Schweissabsonderung lassen sich an dem Gesicht nicht leicht nachweisen.

Schon das Auftreten der kleinsten Veränderungen in der Haut, wird bei unserem P. durch belegte Zunge und trockene Lippen gekennzeichnet. Die Symptome zeigen sich ausserordentlich rasch und entsprechen in ihrer Intensivität dem Grade der ganzen Hautveränderung. Aus diesen äusseren Anzeichen an den Lippen und der Zunge, erkenne ich sofort, dass es meinen P. an der nötigen Körperwärme fehlt. Der Zungebelag kann leicht nachgewiesen werden, wenn man den P. die heransgestreckte Zunge, beim Hereinziehen gegen die obere Zahnreihe drücken lässt. Es wird sich dann der Zungenbelag an den Zähnen deutlich absetzen, während sich bei normalen Zuständen nur Speichel absetzt. Kein Wunder also, dass es, wie ich hinzufügen will, dem P. schwer fällt, die Mundhöhle sauber zu halten. Besonders auf der Basis der Zunge bleibt immer Belag. Ein unangenehmer Geruch aus der Mundhöhle lässt sich immer deutlich wahrnehmen. Auf den Lippen, je nach dem Grade des anormalen Zustandes, auf beiden Seiten oder an einzelnen Stellen, bilden sich dünne, sich nicht faltende und im Aussehen und in der Farbe sich von anderen Stellen etwas unterscheidende Häutchen. Um deren Vorhandensein ganz bestimmt festzustellen, kann man folgendes objektives Verfahren anwenden. Man bestreicht die Lippen mit irgend welchem organischen dunklen Farbstoffe z. B. schwarzen Kirschen, Heidelbeerensaft u. s. w., und reinigt sie darauf mit Wasser. Die gesunden Teile werden dann sehr leicht, ihre normale Farbe wieder erhalten, während die Häutchen dunkel gefärbt bleiben. Erhielt die Haut die notwendige Erwärmung un wird diese einige Zeit erhalten, dann lassen sich die Häutchen leicht abziehen. Die Lippen bekommen ihr normales Aussehen wieder, und behalten dieses Aussehen, so lange die Wärmewirkung dauert. Auch lässt sich dann der Zungenbelag entfernen und bildet sich nicht won Neuem. Noch hinzuzufugen ist, dass die Lippen des P. blau sind, was aber nicht in die unmittelbare Verbindung mit der Beschaffenheit der Haut zu bringen ist, sondern von der veränderten Herzfunktion abhängt, was wir weiter unten besprechen werden.

Die Augen des P. zeigen auch eine gewisse Veränderung. Die Pupillen sind nämlich oft sehr erweitert, besonders bei Gemütsaufregungen und treagieren träge.

Die Hände ebenso wie das Gesicht, ziehen die Aufmerksamkeit auf sich. Einmal sind sie rötlich, mit fast unsichtbaren Hautflecken. Ein anderes Mal sind sie auffallend blass, mit deutlich hervorgetretenen Flecken, was zuweilen den Eindruck macht als ob letztere ganz neu entstanden wären.

Die Beine zeigen ebenfalls gewisse Farbenunterschiede. Besonders

aber Temperaturunterschiede lassen sich an den Beinen nicht schwer feststellen. Bei diesen Temperaturuntersuchungen, kann man sowohl die innere Handfläche, sowie den Handrücken benutzen.

Es ist rathsam, die Vorder-und Seitenflächen des Oberschenkels zu befühlen. Eine Feststellung der Kühle an dieser Stelle, war mir immer ein sicheres Zeichen des anormalen Zustandes, der eine Uebererwärmung verlangte.

Brust und Bauch zeigen ebenfalls alle oben erwähnten Merkmale des normalen, wie anormalen Zustandes. Besonders leicht sind hier aber Unterschiede in der Schweissabsonderung zu konstatieren. Wenn man dem P. bei normalem Zustande am Halskragen, unter das Hemd riecht, verspürt man einen erheblichen feuchtwarmen Schweissgeruch, während im krankhaften Zustande dies fast gar nicht wahrgenommen wird.

Dass während des krankhaften Zustandes eine bedeutendere Verminderung der Sekretion stattfindet, beweist ebenfalls die Beschaffentheit der Leibwäsche des Patienten nach 3-4 Tagen. Der normale Zustand weist ein feuchtes, starkriechendes, schweissdurchdrängte. Hemd auf, während dies bei anormalem Zustande nicht der Fall ists Der P. bemerkt selbst dass er vor seiner Krankheit sehr viel transpirierte, und bei jeder anstrengenderen körperlichen oder geistigen Arbeit, oder bei wärmerer Bekleidung in Schweiss geriet; seit Beginn der Krankheit, jedoch im Allgemeinen nur wenig transpiriert und dabei einmal grössere (dh. normale) einmal geringere Hauttranspiration hat, je nach dem Wohl oder Unwohlbefinden. In letzterem Falle vermag Pat. sogar im Sommer, unter warmen Federbetten zu schlafen ohne zu schwitzen, wenn die Bedeckung nicht absichtlich in die Form einer Einpackung gebracht wurde.

Auf der Brust, besonders in der Umgebung der Brustwarze, ist der Wärmeunterschied, ebenso wie auch an den Beinen sehr leicht zu konstatieren, hier aber besser durch Auflegung des Fingerrückens.

In anormalem Zustande des Patienten wird sein *Glans Penis*, ähnlich den Lippen, blau. Das hängt von den Störungen der Herzfunktion ab, von welchen weiter unten die Rede sein wird,—so wie auch durch eine erhöte *Bronchialsekretion*, welche sich durch oftmaliges Räuspern oder durch das Ausscheiden eines reissen, zähen, schleimigen Sekretes aus der Nase Kennzeichnet. Dann tritt auch Athemnoth auf, wobei der Pat. das Bedurfniss, tief zu athmen empfindet und dennoch seinen Lufthunger nicht befriedig kann. Die *Reflexen*, besonders Kniephenomen, sind in anormalem Zustande des Pat. bedeutend erhöht. Auch ist das Zittern der ausgestreckten Glieder deutlich wahrnehm-

bar. Im amormalen Zustande war auch Harnsäure Menge vergrössert.

Auf der ganzen Haut sind noch zwei Erscheinungen zu konstatieren. Der normale Monsch spürt sofort, wenn z. B., kältere Luft sein Bein oder Arm oder seinen ganzen Körper umweht. Der P. aber hat dies Gefühl nur dann, wenn sich seine Haut in gutem Zustande befindet. Dagegen fehlt ihm die Empfindung, wenn sich seine Haut in anormalem Zustande befindet. Er empfindet dann keinen Frost. Der P., welcher diese Erscheinung kennt, weiss aus dem Vorhandensein oder Fehlen dieses Kältegefühls, in welchem Zustande sich seine Haut befindet. Bei objektiver Untersuchung lassen sich grössere Unterschiede im Kaltegefühl kaum nachweisen.

Die zweite und wichtigste, die ganze Haut betreffende Erscheinung, ist die eigentümliche Dermographie. Das characteristische dieser Dermographie besteht in Folgendem. 1). Der Reiz muss stark genug sein leichte Reizungen erzeugen keine Reaktion. 2). Die Reaktion ist sehr verlangsamt. Es vergehen 15-20 Sekunden bis zu den ersten Spuren der Errötung. 3). Die Errötung erreicht nicht sofort ihren Höhepunkt, sondern nimmt nur allmänlich an Intensivität zu, so dass erst 20-30 Sekunden nach den ersten Spuren die stärkste Errötung eintritt. 4). Diese ist sehr stark. 5). Sie erhält sich ungemein lange selbst nach 1-2, und sogar oft noch mehr Stunden, je nach der Stärke des Reizes, lassen sich die Spuren der Errötung nachweisen.

Es sei hier betont, wie schwierig die Untersuchung der Hast ist, wie mangelhaft die Untersuchungsmethoden zur Zeit noch sind und wie sehr die Feststellung der Symptome von der Uebung des Prüfenden abbängt. Wie schwierig ist z. B. das genaue Feststellen der Trockenheit oder Rauheit der Haut!

Es erscheint, dass nicht nur die Veränderung der ganzen Haut verschiedener Intensivität sein kann, sondern, dass auch nur einzelne Teile der Körperperipherie der Veränderung unterliegen können. Ich habe mich wiederholt überzeugt, dass man z. B. durch sehr gute Erwärmung eines Teiles des Körpers, z. B. des Rumpfes, ganz, normale Verhältnisse in demselben erhalten kann, während in den anderen, wening erwärmten Teilen, z. B. Beinen, der anormale Zustand stattfindet.

Das Herz, bei anormalem Hautzustande, zeigt auch die anormale, für den Organismus nicht ausreichende Funktion. Pulswellen sind in Bezug auf die Kraft un Zahl einandern gleich.

Die Zhal der Pulsschläge ist ca.90 in der Minute. Der Pulsus ist stossartig, die Welle ist klein, dauert sehr kurz und verschwindet sofort (d. h. P. frequens und parvus).

Dabei treten gewisse Stauungserscheinungen hervor, von denen drei auffällig sind, wie blaue Lippen,erhöhte Bronchialschleimabsonderung und Athemnoth.

In diesem Falle spürt der Pat. das Bedürfniss zur grössten Blähung des Brustkorbes, durch besonders tiefes Einatmen und findet trotzdem nach dem Atemholen keine Befriedigung. Nach Anwendung von Strophantus wird der Pulsus stärker und langsamer, die Lippen werden wieder rot, es verschwindet die Bronchialhypersekretion, und die Atemnoth hört auf, jedoch nur solange, wie die Wirkung des Cardiacum vorhält. Sofort nach Weglassen der Arzneimittel kehren die Stauungserscheinungen zurück. Nur Dank der dauernden Anwendung des Strophantus, bleibt P. im seinen anormalen Zustande ohne Inkompensation, seitens des Circulations aber solange er keine grössere Arbeit ausfüllt. Bemerkenswert ist es, dass sofort, wenn der P. eine etwas anstregendere Arbeit ausüben soll, z. B. 1-2 Treppen steigen, die Inkompensationserscheinungen auftreten. Die Wiederherstellung des Wohlbefindens der Haut hat ganz normale Herzthätigkeit zur Folge. Nach dem Auftreten der Veränderung in der Haut, tritt auch die erwähnte Störung in der Herzfunktion ein.

In dem Verdauungsapparate zeigen sich ebenfalls Störungen, wenn die Haut dem Gefässspasmus unterliegt. Bei anormalem Zustande seiner Haut, hat der P. stets weder Stuhl-noch Windabgang, ohne aber dass Meteorysmus enssteht, bis nach einigen Tagen, mit leichten Schmerzen, etwas Stuhl erfolgt, um hierlauf wiederum einige Tage zu pausieren. Aber Atonie ist hier nicht die Ursache der Obstipatio, sondern Spasmus des Dickdarmes.—Also haben wir hiermit der Obstipatiospastica zu thun, was ohne den geringsten Zweifel, schon die oberflächlichste objektive Untersuchnng nachweist: an der Stelle des Colon haben wir eine harte dünne Schnurv.—Bei dem tiefen Klistiren mit warmem Wasser, bekam P. dünnen, bandartigen Kot, während bei gutem Zustande der Kot in grossen Klumpen abging.—Bei dem grossen Hautspasmus, z. B. während grosser Kälte, wenn der Bauch nicht besonders warm gehalten wird, treten bald auch Magen-störungen Uebelkeit und Brechen ein. Der P. hält gewöhnlich seinen Bauch warm, vermittelst Binden—Sogar, der eine ganze Reihe von Tagen dauernde Spasmus der Gedärme, und die durch ihn erzeugten Störungen verschwinden, wenn die Haut übererwärmt wird. Dann genügen kleine Bewegungen oder die Einnahme von etwas Nahrung, oder auch eine kleine Massage, um Stuhlgang zu erzielen, wo sonst die vielfachste Anwendung derselben erfolglos bleibt.

Was die anderen inneren Organe betrifft, so scheint vor allem die

glatte Muskulatur der Blase, und sogar der Uretra auch in Mitleidenschaft gezogen zu sein, worauf das Bedürfniss des öfteren Urinierens, wenn auch in kleiner Menge, und das subjektive Gefühl der Zusammenziehung der Uretra, sowie auch das objektives Fesfstellen derselben, hinzuweisen scheinen. Das alles verschwindet mit dem Aufhören des allgemeinen krankhaften.

Die Störungen im Geistesleben. Nach dem Auftreten des Spasmus in der Haut, infolge, z. B. der Kältewirkung, tritt bald, das kann man nach Belieben jederzeit hervorrufen - das Müdigkeitsgefähl ein, sowie das Gefühl des Schlafbedürfnisses, dabei ist auch die Fähigkeit, sofort einzuschlafen, vorhanden. Die Stimmung ist etwas gehoben. Es herrscht innere Ruhe und Zufriedenheit. Diese Erscheinungen begleitet volle Abneigung vor der geringsten Anstrengung. Der P. hat zu keiner Arbeit Lust. Er kann z. B. sogar nicht einmal Briefe schreiben, obwol er weiss, dass er sie schreiben soll, und obwohl er wünscht, dass der Brief geschrieben werde. P. kann Stunden lang vor seinem Schreibtische beschäftigungslos sitzen, ohne die Feder zu ergreifen. Er will selbst die geringste Handbewegung nicht machen. Sehr durstig, will er nicht aufstehen, um sich aus dem Nebenzimmer ein Glas Wasser zu holen. Sich zu entkleiden, wenn er zu Bette geht, ist für ihm fast unausführbar, und, in der That, thut er es oft nicht.

Er zeigt fast ununterbrochenes Gähnen und Sichdehnen, sowie Vorliebe für die bequemsten Posen. Der P. erinnert in diesem Zustande an einen Arbeiter, der den ganzen Tag die erschöpfendste Arbeit geleistet hat. Sein Gang ist langsam, ruhig (es scheint mir empfehlenswert zu sein, die Art und Weise des Ganges, auch in den Kreis der Beobachtungen mehr zu ziehen, als das gewöhnlich geschieht: besonders scheint es mir wichtig, die Art und Weise der Bewegungen, während des geschäftslosen Spazierengehens, zu beobachten). In dem intellektuelen Leben sind keine auffallenden Störungen bemerkbar, sowohl im Gedächtniss, wie im Auffassen und den anderen Denkthätigkeiten. Nur findet grosse Ermüdbarkeit statt.

Schon nach kurzem Lessen, Rechnen, nach kurzem aufmerksamen Verfolgen eines Vortrags etc. tritt Ermüdung ein, und das ist bereits der Uebergang zum zweitem Stadium. Die Ermüdung kann noch leichter, durch irgend welche, auch kleine Gefühlsbewegungen, z. B. während der Unterhaltung, hervogerufen werden.

Bei diesen Beobachtungen konnte ich mich überzeugen, wieviel erschöpfender die Gefühlsthätigkeit, als die Denkthätigkeit ist.

Das geschilderte erste Stadium, kann längere oder kürzere Zeit dauern. Das hängt, wie es scheint, von dem Grade des in der Haut

entstandenen Spasmus, von der Intensität der geistigen oder körperlichen Thätigkeit, unmittelbar vor dem Auftreten des Hautspasmus, und von dem weiteren Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der, den P. erregenden Momenten ab. Zu weiterem Stadium kann es nicht kommen, entweder, wenn der P. schlafen geht, oder, wenn er schwitzt. Wenn dies aber nicht der Fall ist, dann ändert sich allmählich das dargestellte Bild. Es tritt nach und nach, als zweites Stadium, Erregung ein. Müdigkeitsgefühl und das Gefühl des Schlafbedürfnisses, sowie die Fähigkeit, sofort einzuschlafen, verschwinden, obwohl die Abneigung vor der Arbeit, sowie das Schlafbedürfniss selbst und die Ermüdung vorhanden sind. Das von Zeit zu Zeit eintretende Gähnen, die Bequemlichkeitsposen, die schlaffe Körperhaltung und der hängende Kopf des Pat. Kennzeichnen, trotz der grössten Erregung, stets diesen Zustand. Den Uebergang vom ersten zu dem zweiten Stadium, bildet die auftretende Neigung zur Schwärmerei, welche dem P. besonderes Vergnügen bereitet. Einmal z. B. stellt sich der Patient mit allen Einzelnheiten vor, wie er dieses oder jenes machen, erreichen, zum Abschluss führen wird. Ein anderes Mal schwärmt er, wie seine Schwester, Bruder oder Jemand von seinen Angehörigen ein hohes Ziel erreichen werden, wie es ihnen gelingen wird, ihre Wünsche zu erfüllen. Oder liest z. B. Patient über einen sieg einer Burenabteitung—die Sympatie des Pat. war auf der seite der Buren,—so stellt sich Pat. dann in geringsten Einzelnheiten und in konkreten Bildern alles, diese siegreiche Schlacht betreffende, vor. Dabei stellt sich Pat. auch manches das vor, was, nach seiner Meinung, noch besseres Resultat herbeiführen könnte.

Er zeigt dabei keine motorische Erregung, sitzt bewegungslos und bedürfnisslos, und sucht die Einsamkeit, um sich seinen Gedanken ungestört, zu überlassen. Sein Gang ist gewöhnlich ruhig und nicht rasch, macht aber doch nicht den Eindruck, als wenn P. alles, um sich geschehende auffasst. Dabei ist in dieser Schwärmerei der Character der Monotonität und des Zwanges zu betonen: Der P. bearbeitet Stunden lang ein und dasselbe Thema, in allen Einzelheiten, bis zum eigenen Ueberdruss, und kann sich doch nicht von diesen Gedanken befreien. Zuweilen tritt auch eine Neigung zum Raisonement auf wenn sich der P. mit jemand unterhält, und keine Gelegenheit zur einsamen Schwärmerei besitzt. Gewöhnlich spricht er dann fortdauernd von alledem, was das Thema seines Schwärmens bildet. Es ist ihm sehr unangenehm, wenn jemand das Thema der Unterhaltung ändert. Er wird immer wieder an dasselbe anknüpfen. Weil es sich stets, um ein und dasselbe Thema dreht, und weil das Thema seiner Unterhaltung blosse

Phantasien sind, so macht er auf die Umgebung den Eindruck des langweiligen Phantasten.—Noch bezüglich einer seiner Eigenschaft, ist er für die Freunde nicht angenehm: seine Person spielt die Hauptrolle in seinen Erzählungen. Das alles sind seine Pläne, seine Zukunft, u. s. w. Wenn er sieht, dass das die Umgebung nicht interessiert, ist es ihm sehr unangenehm, doch aber wird er alles aussprechen. Nur in ganz fremder Gesellschaft, lässt er diese seine Eigenschaft nicht erkennen. Aber, wenn er nur fühlt, dass man ihm das nicht sehr übel nehmen wird, so fängt er sofort damit an,—so gross ist seine Lust zum Erzählen seiner Ideen. Um nicht verlacht zu werden, erzählt er oft in Form des Witzes oder nebensächlicher Bemerkung, etc. — Dieser schwärmerische Zustand, ist der erste Grad und der leichteste Ausdruck, eines gesteigerten Gefühlslebens, welches für das ganze zweite Stadium characteristisch ist. Dasselbe äussert sich, wenn der anormale Zustand weiter dauert, auch noch in änderen Zuständen, welche aber alle leicht in einander übergehen, meistenteils von äusseren Ereignissen abhängig sind, den höheren Grad der Erregung bilden, und oft auch den ersten Grad, den schwärmerischen Zustand umfassen. Vor allem muss man die Affektausbrüche erwähnen, zu welchen Pat. in dem II Stadium sehr geneigt ist.

Die Gefühlsreaktion des P. auf alle äusseren Ereignisse, sowohl angenehme, wie unangenehme, ist im ganzen zweiten Stadium ungemein gross und sehr übertrieben. Passiert dem P. oder seiner Umgebung etwas Gutes, so ist seine Freude fast grenzenlos. Geschieht dagegen etwas entgegengesetztes, so tritt bei ihm der entgegengesetzte Affekt im höchsten Grade ein. Schon bei entsprechenden kleinen Auftreten, erscheint grosses Threma, mit allen Merkmalen dieses bekannten Aufregungszustandes, obwohl er sonst, bei normalen Zustande, des P. entweder gar nicht, oder in minimalem Grade zu Stande kommt. Aus kleinen Anlässengerieth er leicht in grosse Furcht, welche oft den Eindruck eines panischen Schreckens macht.

Unter dem Einflusse von diesem Affecte, Pat. droht, verdächtigt, macht Thaten, welche in Folge ihrer Uebertriebenheit und Missverhältniss zu dem sie hervorrufenden Factor, auf die Umgebung den Eindruck der anormalen machen.

Oft ist Pat. sehr reizbar. Wegen jeder Kleinigkeit fühlt sich beleidigt, unzufrieden und böse. In dieser Richtung zeigt sich auch gesteigerte Gefühlsreaktion des Pat. Er schimpft dann sehr leicht, macht allerlei Einwände, beschwert sich über alles, hat grosse Ansprüche, hat Unlust zur Umgebung, fühlt sich unglücklich, ist dabei innerlich unruhig.

In der Gesellschaft von fremden Personen ist er scheu, Er wagt nicht, sich um zu schauen, und besonders wagt er nicht Gesichter der Anwesenden anzusehen, ob wohl das sonst in normalem Zustande, nicht der Fall ist.

Am leichtesten Geräth der Pat. in Affect während der freien Unterheltung mit Jemanden. Spricht er z. B. mit wen über das, was ihn besonders interessiert nur solche Themata pflegt er gewöhnlich anzuregen, so tritt ein in hohem Grade gesteigerter, Gefühlstonus aller seiner Gedanken hervor. Selbstverständlich bewegen sich seine Bezeichnungen und Beurteilungen in den superlativen Formen. Wie das bei der schwärmerei der Fall ist, ist auch hier der Pat. stundenlang unter der Wirkung des entstandenen Affectes. Die Affecten verschwinden also hier nicht rasch, wie es mit den normalen Affecten der Fall ist. Bei diesen Affectausbrüchen zeigt sich die grosse motorische Erregung, Patient gestikuliert lebhaft, Er spricht oft gewissermassen mit seinem ganzen Wesen. Er sieht dann gar nichts anderes und hört gar nichts und denkt über nichts anderes, so tief ist er von dem Thema durchdrungen. Seine Sprache ist sehr affektiert, laut und mit dem deklamatorische Patos. Es besteht fast die Neigung seinen ganzen Gefühlsinhalt in die Sprache hineinzulegen. Deswegen ist seine Rede langsam und etwas schwerfällig. Wenn auch Pat. dies bemerkt und sich bemüht normal zu sprechen, so ist er es doch nicht im Stande, während er in gewöhnlichen Verfassung ganz ruhig und fliessend sprechen kann. Bemerkt sei noch: 1) Diese Affectausbrüche entstehen nur aus ausseren Anlässen und erhalten darnach ihre Färbung. Die erfreulichen Ereignisse erzeugen Freude, bei den unefreulichen Ereignissen entsteht der ungekehrte Affect. 2) Bei diesen Gefühlen und ihrem motorischem Ausdruke ist keine Labilität, keine Frischkeit vorhanden. Die Bewegungen und Sprache sind nicht lebendig, sondern schwerfällig und langsam. 3) Diese Affecte halten aussergewöhnlich lange an. Sie beherrschen den Pat. oft stundenlang. Dabei dauert auch die psychomotorische Unruhe an. Der Patient kann nicht eine Minute ruhig bleiben. Er bewegt die Füsse, Die Hände etc. und geht viel. Sein Gang ist dann rasch, unruhig, als, ob er irgend wohin eilen wollte mit schlafem Gesichtsausdruck und herabhängendem Kopfe.

Wenn sich Patient in seinem anormalen Zustande befindet, erscheinem ihm kleine Unannehmlichkeiten, als das grösste Unglück.

Er geriet dann oft in eine weinerliche niedergedrückte Stimmung, in welcher ihm alles in schwarzen Farben erscheint. Alles sei schlecht, alles sei gegen ihn, es gelingt ihm nichts, er sei unglücklich etc. Er verliert dann alle Lust. Er fühlt dann Bedürfniss zum Weinen und hat

Sehnsucht nach heisser Freundschaft und Liebe, wo er bedauert werden könnte.

In dieser Stimung ist er ruhig, still, will mit Niemand sprechen. Seine Stimme ist dann besonders weich und weinerlich. Gegen Alle ist er dann gut, und voll von Liebe. Er verzeiht dann alles und ist gegen alles nachsichtsvoll. Diese Stimmung dauert niemals länger, als einen Tag, gewöhnlich nur einige Stunden; nach dem ersten Schlafe ist sie weg. Gewöhnlich weiss das der P. schon, und, wenn, er nur die Annäherung dieser Stimmung spürt, so legt er sich sofort ins Bett und nach dem Schlafe steht er schon munter auf. Diese Stimmung pflegt, gewöhnlich, bei Gelegenheit mehrerer kleiner Unannehmlichkeiten zu entstehen, wenn z. B. Einer den P. nicht begrüsst hat, ein Anderer ihn geneckt oder über ihn gelacht hat u. s. w.

Für solche Kleinigkeiten ist P. besonders empfindlich. Ein zweiter Umstand von welchem die Entstehung dieser Stimmung abhängt, ist der, wenn P. nicht ganz durch irgend was anderes beherrscht wird, z.B. sich nicht im Beschäftigungstriebszustande befindet.

Dieser neue affektive Zustand pflegt gewöhnlich aufzutreten, wenn der entsprechende Anlass stattfindet, wenn nämlich der P. z. B. durch Verletzung seines Ehrgeizes zu irgend welcher Thätigkeit angeregt wird. Patient, welcher sonst, ohne diese Gemütserregung, nicht die geringste Arbeit unternimmt, fängt dann an, verschiedene Pläne auszuführen, Briefe zu schreiben u. s. w. Aber es mangelt ihm an grösserer Ausdauer. Schon zu Beginn schiebt er jede Arbeit zur Seite, sobald er auf Schwierigkeiten stösst die ihm Anstrengung verursachten.

Er urternimmt dann wieder etwas anderes, wobei ebenfalls dasselbe eintritt. Nur ganz leichte Leistungen führt er zu Ende, wie z. B. Briefe schreiben; und schreibt er dann eine ganze Menge von Briefen, wenn dies für seine Pläne nützlich ist.

Er spürt dann keine Ermüdung und hat kein Bedürfniss zum Schlafen. Er hat dann auch keinen Appetit. Er sieht dann besonders schlecht aus. Alles macht er rasch. Keine sorgfältige Arbeit kann er dann ausführen, auch keine geistig anstrengende. Nur zu gröberen Arbeiten, nämlich zu motorischen Thätigkeiten ist er fähig und solche thut er mit Leidenschaft. Seine ganze Denkkraft ist bei diesem, sowie bei allen anderen Zuständen des zweiten Stadiums, herabgesetzt. Wenn er geht, so ist sein Gang rasch, unruhig. Sitzen kann er nicht ruhig ohne fortdauernde Bewegungen. Er spricht laut mit lebhafter Gestikulation. Alles andere interessiert dann den Patienten nicht. Er ist durch seine Thätigkeit ganz beherrscht. Nur ganz erschöpft legt er sich zum Schlafen. Dieser Zustand des Beschäftigungstriebes dauert so lange, (sogar

ein paar Tage), bis der Patient alles für sein geplantes Ziel nötige abgemacht hat. Dieser Zustand kann unterbrochen, selbst aufgehoben werden, wenn Patient in grossen Affectausbruch geräth, oder wenn der Patient zur Norm kommt, was durch grosses Schwitzen, langes Schlafen und warmes Erhalten des ganzen Körpers immer geschieht.

Endlich muss ich noch einen Zustand besprechen. Liegt für den P. kein Anlass vor, um in die Affectausbrüche oder in den Zustand des Beschäftigungstriebes zu geraten—ist er auch nicht verstimmt—so befindet er sich stets in rein hypomanischem Zustande. Er singt, lacht gerne, macht Witze, ist beweglich, behandelt die Umgebung familiär, ist oft taktlos und frech. Gleichzeitig ist er aber sehr empfindlich gegen alle äusseren Vorkommnisse. Ein beliebiger entsprechender Anlass bringt ihn in einen von den oben geschilderten Zuständen. Z. B. ein unbedeutender unangenehmer Vorfall macht ihn auf längere Zeit unglücklich.

Irgend welche gute Nachricht lässt ihn in den entgegengesetzten Affect geraten. Bei entsprechendem Anlass bekommt er wieder Beschäftigungstrieb. Auch ein schwärmerischer Zustand tritt oft ein.

Alle geschilderten Zustände des zweiten Stadiums der psychischen Störung, welche nach dem Auftreten des Gefässpasmus in der Haut bei unseren Patienten entsteht, gehen in einander über und manchmal mischen sie sich auch miteinander. Wenn man noch hinzufügt, dass oft, Dank dem Aufenthalte in warmen Räumen, oder Dank dem varmen Erhalten der Haut, der Patient sich of tauch in normalem Zustande befindet,—so wird damit die grosse Variabilität der Zustände, welche der Patient darstellt, fast ganz erschöpft.—Die Handlungen und das Benehmen des Patienten sind ganz unberechenbar. In jedem Zustand des Patienten sind sie andere. Fast jeden Tag ist der Patient ein anderer Mensch.

Die Gesammteigenschaft aller Zustände des II Stadiums ist die gesteigerte Gemütsbewegung, Affectivität.

Der Charakter des Affectes, in welchen P. geräth, hängt fast völlig von dem äusseren Anlass ab. Bei guter Nachricht geräth der Pat. in langdauernde grenzlose Freude; Wenn er aber statt guter, unangenehme Nachricht bekommt, so geräth er in den entgegengesetzten, ebenso starken und langdauernden Affect. Und sogar das Vorhandensein eines Affectes macht den Pat. nicht nicht widerstandsfähig gegen entgegengesetzt wirkende stärkere Anlässe. Gleichzeitig mit der gesteigerten Gefühlsreaktion auf äussere Vorkomnisse verringert sich in grossem Grade der Kreis dessen, was den Patienten interessiert.

Mit der Fortdauer der Krankheit wird dieser Kreis allmählich im-

mer kleiner und kleiner. So tritt allmählich Gleichgültigkeit gegen eine immer grösser und grösser werdende Zahl von Ereignissen auf. Schon im allersten Stadium, wie man bei unseren Experimenten sehen kann, wo der leistungsfähige, leistungsbedürftige und sich für alles interessierende Patient in den anormalen Zustand seiner Haut versetzt wurde, tritt mit dem Müdigkeitsgefühl auch Abneigung vor aller Anstrengung und jeder Thätigkeit hervor.

Diese Abneigung tritt umso mehr im ganzen zweiten Stadium auf, wo die ausgeprägten Ermüdungserscheinungen eintreten. Der von Zeit zu Zeit auftretende Beschäftigungstrieb ist hier keine Ausnahme weil er hier eine triebartige, durch Affect erzeugte, nicht aber aus dem Interesse zum Gegenstand entstandene Leistung ist.

Der P. wird gleichgültig gegen einen immer grösseren und grösseren Kreis von Ereignissen. Er macht sich sogar nichts mehr aus seiner eigenen Zukunft. Während er sich früher für jedes neue Ereignis, z. B: auf dem Gebiete der Wissenschaft oder Litteratur lebhaft interessier hat, verliert er allmählich dieses Interesse. Auf Kosten seiner Umgebung zu leben, verursacht ihm keine Verlegenheit. Seiner Pflichten sucht er sich durch alle möglichen Ausreden und Auswege zu entziehen.—Die allmählich sich bei dem P. entwickelnde Gleichgültigkeit ist schon eine tiefer gehende und dauernde Störung, welche unsere vasomotorische Erkrankung im psychischen Leben zu verursachen pflegt.

Mit dieser tieferen und dauernden Störung steht in näheren Zusammenhange eine zweite ähnliche Störung nämlich volle Verlust der Iniciative volle Willenslosigkeit.

Der Patient fühlt in sich keine Fähigkeit, um auch nur die geringste obwhol von ihm ser gewünschte Anstrengung zu machen. Er thut nur etwas, entweder aus dem Triebe,—in dem Beschäftigungstriebszustande, oder duch den Willen eines Anderen, dem er nur willenlos folgt. Er arbeitet fast gar nicht: hat aber niemals Zeit, um z. B. nur seinen Tisch in Ordnung zu machen oder sein Kleid zum reinigen zu geben oder irgend welchen Courtoisieakt, Besuch, etc, vorzunehmen. Als typisches Beispiel dieser vollstandigen Willenslosigkeit und gleichzeitig als diagnostisches Merkmal kann folgendes gelten. Wenn P. zum Essen, zum Besuch oder zu irgend welcher Pflichtbeschäftigung geht und unterwegs einen Bekannten begegnet, so versäumt er seinen Besuch und seine Pflicht und wird den Freund begleiten und stundenlang bei ihm verbleiben, obwohl er jeden Tag seinen Freund sieht und gar nichts wichtiges oder neues dem Freund zu sagen oder von ihm zu erfahren hat.

Die dritte tiefere und dauerndere Störung liegt auf dem Gebiete des sexuellen Leben. Der Patient hat besondere Lust in der allergröbsten Form alles Sexuelle auszudrücken. Wenn er den gemeinsten Volksausdruck dafür gebraucht, so macht ihm das besonderes Vergnügen. Er giebt sich ohne Schamgefühl den sexuellen Verhältnissen in der allergröbsten Form, hin.

In Bezug auf die dauernden und tiefen Störungen, möchte ich noch auf einige Eigenschaften hinweisen. Dem P. ist es auf der Höhe seiner Erkrankung aufgefallen, dass ihm z. B. während der ernstesten Unterhaltung irgen welche Dummheit, absurder Witz oder ein in gar keiner Beziehung zur Sache stehender Gedanke in den Kopf kam, die er mit einer gewissen Lust aussprach. Auch erschien auf dem Gesichte des Patienden oft und sogar während der ernstesten Unterhaltung ein dummes läppisches Lächeln. Es fiel auch dem P. auf, dass wenn er sich längere Zeit in einem anormalen Zustande der Haut befand, ein gewisses Widerstreben, sowohl in seinem Benehemen. z. B. in der Gesellschaft. wie auch in seinen Bewegungen deutlich eintrat. Wenn ihm dann irgend welche geringste Kleinigkeit nicht gefiel oder wenn in ihm dann irgend ein Vorurteil entstand, so geriet er sofort in einen solchen Zustand, welchen oft kleine Kinder zeigen, wenn sie etwas thun müssen, was sie nicht thun wollen. Dann zeigt sich in seinen Bewegungen ein Gefühl der Unzufriedenheit und des Widerstrebens. In jeder Bewegung zeigt sich dann, dass er diese Bewegung nicht aus eigenes Antrieb thut, dass er sie lieber nicht machen möchte. Nachher wunderte er sich selbst darüber und gesteht, dass zu jenem widerstrebenden Benehemen, nicht genügender Grund vorhanden war. Als ein anderes Beispiel kann solches dienen. Er hört auf, ohne irgend welchen wichtigeren Grund, was der P. nachher selbst gesteht, einige seiner Bekannten zu grüssen, und nach einiger Zeit grüsst er sie wieder.

Wenn P. reden oder etwas schreiben sollte, so gefiel ihm kein Wort und kein Satz, welchen er geschrieben hat. Wenn et etwas geschrieben hat,, wurde er sofort damit unzufrieden. Infolge dieser Eigenschaft konnte er fast gar nicht schriftlich arbeiten.

Die gewöhnlich gebrauchten Redensarten gefielen dem Pat. nicht, und er bildete oft neue. Es war dem P. sehr schwer ohne grossen Wortschwall etwas auszusprechen und zu erklären. Er war so durch Worte beherrscht, dass sich dann bei ihm die Worte nicht nach den Gedanken, sonderen die letzteren nach den Worten richteten. Dieser Umstand trug wahrscheinlich dazu bei, dass der Pat. mit seinen Ausserungen unzufrieden war.

Endlich fiel dem P. früher auf, dass er Gesichtsmimik, Gesichtsbewegungen auch dann machte wenn er nichts sprach un nichts damit ausdrücken wollte, und dann auch, wenn ihn kein intensiveres Gefühl beherrschte.

Der P. spuckte sehr viel Speichel. Bei seinem Bette oder bei Tisch stand stets ein Spucknapf. Sehr unglücklich fühlte sich der P. in der Gesellschaft, wo er keinen Spucknapf fand. Grosse Menge Speichels sammelte sich in seinem Munde. Er verschluckte den Speichel nicht, weil in seinem Munde stets ein unangenehmer Geruch war und er sich desswegen nicht den Magen verderben wollte.

Endlich, hat P. folgende Erscheinung gehabt. Wenn er ins Bett ging und vor dem Schlafe, in der liegenden Pose, etwas las, so konnte er einige Studen sogar ununterbrochen, seinen Kopf in die Höhe, also nicht in den Kissen liegend, halten, ohne irgend welche Ermüdung zu spüren.

Alle hier geschilderten, tieferen und dauernden Folgen, welche unsere, eine längere Zeit dauernde vasomotorische Erkrankung im Organismus und vorallem in dem psychischen Leben erzeugt, sind aus der Erinnerung des P., entnommen. Der jetzige Zustand des P. bietet sie nicht, oder nur in ganz geringem Grade, weil der P. eine vielmonatliche Heilung (mit oftmaligem Schwitzen, maximalem Schlafe und regelmässigem Stuhlabgange) durchgemacht hat, und sich jetzt October 1902 J. in dem Zustande befindet, wo alle dauernde psychische Störungen vorbei sind, nur sein Gefässapparat noch nicht ganz zur Norm zurückgeführt ist.

Nachdem wir das Gemütsleben des P. ziemlich ausführlich dargestellt haben, bleibt uns noch übrig, die Störungen zu beschreiben, welche nach dem Auftreten des anormalen Zustandes in der Haut, in der Bewegungssphäre und in dem intellektuellen Leben entstehen.

In dem ganzen zweiten Stadium ist eine Erscheinung bemerkenswert, ähnlich der s. g. reizbaren Schwäche. Bei plötzlichen Auftreten äusserer Reize, z. B. beim Fallen eines Gegenstandes oder bei plötzlichem Berühren des Körpers des P., bei plötzlicher Bewegung seitens anderer Personen etc., reagiert der P. auffallend rasch (blitzartig) und übertrieben, was einen etwas unnatürlichen Eindruck macht. Dieses unnatürliche Benehmen verstärkt sich, wenn dies P. in Gesellschaft oder an öffentlichen Orten zu verbergen sucht. Er sitzt dann zu unbeweglich, und unterdrückt sogar seine natürliche Körperbewegungen und Gesichtsmimik.

Von der zwangsmässigen, deklamatorischen Modulation, welche beim Sprechen des P. während des ganzen Stadiums auftritt, und von

welcher er sich nich zu befreien vermag, obwohl er in normalen Zustande ganz flott und normal spricht, haben wir schon gesprochen.

Als Analogen zu dieser Eigenschaft steht Folgende. In den Bewegungen, sowie in der Haltung des Körpers des P. im ganzen zweiten Stadium, bemerken wir Spannung und Steifheit in der Muskulatur. Diese Erscheinung fällt besonders ins Auge wenn der anormale Zustand schon mehrere Tage angedauert hat. Der P. sitzt nicht legere, sondern mit krampfhaft angezogenen Beinen da.

Bemerkt er dies, so fällt ihm das selbst auf. Er bringt seine Beine in freie und lockere Haltung. Wenn sich seine Aufmerksamkeit aber irgen wo anders hinlenkt, sofort tritt die Spannung wieder ein. P. behauptet selbst, dass dies gegen seinen Willen geschehe. Ebenso verhält es sich mit den Armen und den übrigen Körperteilen. Seine Schultern sind, entweder die eine oder beide hinaufgezogen. Sein Kopf sitzt steif auf dem Hals. Ebenso zeigt sich diese Unnatürlichkeit und Steifheit in seinen Bewegungen, und lässt sich das am besten beobachten, wenn man ihm irgend einen Gegenstand langsam zu ergreifen heisst. Auch der Gang weisst dieselben Symptome auf. Bei gespannter Körperhaltung berührt er den Boden mit dem Fuss sehr leicht, und sein ganzer Körper macht nicht die, das Gleichgewicht herbeiführenden, wiegenden Mitbewegungen, so dass er leicht durch einen Stoss zum Fallen gebracht werden kann. Es sei erwähnt, dass diese unnatürliche Haltung und Benehmen ganz anderer Art und Ursprungs sind, wie jene, welche dann entstehen, wenn sich P. seine-sagen wir-reizbare Schwäche nich zu zeigen bemüht. Hier ist sie unwillkürlich, dort willkürlich. Oft treten diese beiden Erscheinungen, sagen wir, die willkürliche und unwillkürliche Unnatürlichkeit gleichzeitig auf.

Auch ist die Körperhaltung bei grosser Ermüdung oder Niedergedrücktheit ganz anders. Sie zeigt keine Spannung und keinen unnatürlichen theatralisch-dramatischen Character.

Die hier geschilderte unnatürliche, steife Körperhaltung und das Benehmen des P. erinnern an den Sixtus Beckmesser aus den Wagner'schen «Meistersinger von Nürnberg».

Noch eins lässt sich bei Besprechung der Bewegungssphäre des P. hervorheben-das sind die Erscheinungen auf dem Bewegungsgebiet, welche als Begleiter oder sogar Ausdruck der entsprechenden Affekte, aufgefasst zu werden vermögen. In dem Zustande der Weinerlichkeit und Niedergedrücktheit, bei innerer Ruhe, zeigt sich auch in der Bewegungssphäre Ruhe. Der Gang ist laugsam. Der P. spricht wenig und still und sein ganzes Benehmen ist ruhig. Anders verhält es sich während des Beschäftigungstriebaffekts. Der P. geht rasch, spricht viel,

laut und schnell, mit lebhafter Gesticulation, befindet sich stets in Bewegung. Der Zustand der inneren Unzufriedenheit ist durch motorische Erregung begleitet, welche aber anderer Art ist, als diejenige im Beschäftigungstriebzustande. Er hat vor allem keine so grosse Promptheit, und Geschicklichkeit, wie diese. Das erste Stadium, und in gewissem Grade, auch der Zustand der Schwärmerei, sind durch Ruhe in den spontanen Bewegungen gekennzeichnet, welche nur Ermüdungszeichen, besonders in der schlaffen Körperhaltung tragen. Anders ist die Bewegungssphäre im normalen Zustande, u. s. w. Also finden wir auch auf dem Gebiete der spontanen Bewegungen ähnliche Variabilität, die wir im Gemütsleben des P. auch kennen gelernt haben. Die Variabilität lässt den P. ähnlich dem Kammeleon erscheinen.

Es bleibt uns noch die Intelligenz-Störungen zu besprechen. In dem ersten, sagen wir, Müdigkeitsstadium, sind, wie schon gesagt, keine auffallende Störungen in der Geistesthätigkeit bemerkbar, so wohl im Auffassen, wie im Gedächtniss und anderen Denkthätigkeiten. Nur sehr rasche Ermüdbarkeit findet statt. Ganz anders verhält es sich in dem ganzen zweiten Stadium. Es kommt ein eigenartiger, ausgeprägter Schwachsinn zum Vorschein.

Vor allem fällt ins Auge die grosse Störung im Gedächtniss und zwar, sowohl in der Einprägung, wie auch in der Erinnerungsthätigkeit, und verursacht dem P. sogar viele Unannehmlichkeiten. Er will z. B. jemandem ein ihm gut bekanntes Ereigniss erzählen. Er fängt an und es zeigt sich, dass er einen grossen Teil davon vergessen hat. Besonders stark ist die Erinnerung an Namen und Worte erschwert. Der P. kann sogar den Namen seines besten Freundes vergessen. Er kann z. B. den Namen seines Nachbars oder seines Wirtes vergessen, mit welchem er viele Jahre hindurch zusammenlebt. Er kann sogar den Namen des vor ihm stehenden Gerätes (Tisch, Lampe, etc.) vergessen. Das Wiederholen des Titels, eines ihm gut bekannten Buches oder die Wiedergabe, der von jemand gesprochenen Worte bildet für den P. eine sehr schwierige Aufgabe. Alle diese vergessen Dinge, tauchen sofort wieder auf, wenn der B. wieder in den normalen Zustand kommt. In Bezug auf Zahlen, ist keine auffallende Erschwerung der Erinnerungskraft zu bemerken. Dagegen prägen sich sowohl Namen (Worte), wie auch Gagenstände und Zahlen Vorstellungen ausserordentlich schwer ins Gedächtniss. Sehr oft z. B. benerkte der P. folgende Erscheinung. Es ist ihm etwas wichtiriges in dem Kopf gekommen. Er will das notieren. Bevor er aber zum Schreibtisch kommt, oder das Notizbuch herauszieht, ist schon alles aus seinem Kopfe spurlos verschwunden.—Wenn z. B. P. einige Einkäufe zu machen hat, so ist das für

ihn eine sehr schwierige Aufgabe, wenn er es im Kopfe behalten soll. Dass er etwas, ihm gesagtes schon nach sehr kurzer Zeit nicht mehr wiederholen vermag, kann man sehr leicht mit ihm feststellen.

Im hohen Grade wird weiter das Begreifen, das Verstehen erschwert, was sich besonders beim Lesen oder z. B. beim Hören von Vorträgen bemerkbar macht. Aus dem gehörten Vortrag zieht der P. viel weniger Nutzen, als sonst der Fall ist. Daz Begreifen irgend welcher Aufgabe, verlangt bedeutend mehr Zeit und Mühe. Derselbe Fall findet statt, wenn es sich um das Lesen eines Aufsatzes, mit Verständniss, handelt, wobei es vorkommt, dass der P. mechanisch die Worte und Sätze durchliest, ohne den Inhalt zu verstehen. Das selbstständige Denken und das Operienen mit abstrakten Begriffen, ist auch erschwert, unklar, verschwommen, was, besonders beim Lösen der Aufgaben, welche abstractes Denken verlangen, in der Discussion, beim Rechnen, u. s. w. sehr auffallend bemerkbar wird. Der P. macht dann auf die Umgebung den Eindruck der Schwerfälligkeit und Schwäche im Kopfe.

In dem ganzen zweiten Stadium findet eine grosse Herabsetzung der Auffassungsthätigkeit, und zwar nach zwei Richtungen statt. Sehr verkleinert ist der Auffassungskreis. Der P. erfasst gleickzeitig eine viel geringere Zahl von Gegenständen, als sonst. Dabei erfasst er überhaupt sehr wenig, was man z. B. während der Unterhaltuug mit dem P. sehr leicht feststellen kann. Durch diese Eigenschaft unterscheiden sich, die hier besprochenen Erregungszustände prinzipiell von den rein maniakalischen Erregungen. Der P. merkt fast gar nichts davon, was sich um ihn vorspielt. Er ist in die ihn interessierenden Gegenstände gänzlich vertieft. Er ist, so zu sagen, von der äusseren Welt abgeschlossen. In dieser Beziehung kann man die ganze Veränderung, welche der P. in dem zweiten Stadium unterliegt, so characterisieren, dass man sagt der Einfluss der äusseren Welt auf den P. ist gering, dagegen wird der P. sehr viel innerlich produktiv.

Ob die Ideenflucht in allen Zuständen des zweiten Stadiums statt findet, darüber kann ich kein sicheres Urteil abgeben. Fest steht jedenfalls dass in dem schwärmerischen Zustande, sowie in den grösseren Affectausbrüchen und auch während des Beschäftigungstriebes keine Ideenflucht zum Vorschein kommt. Viel mehr haben wir hier, augenscheinlich, mit einer gewissen zwangsmässigen Dauerhaftigkeit der Gedanken zu thun. Anders verhält es sich aber, in solchen Zuständen, wo kein grösserer Affect vorhanden ist. Solche Zustände sind bei unseren P., wie gesagt, ein gewöhnlicher Fall, und nur auf diesem

Boden tauchen diese oder jene Affecte auf. Dann tritt, wie es scheint, die Ideenflucht bei unserem P. auf.

Schon bei der Besprechung des Gemütsleben des P. haben wir den übertriebenen Character, sowie die superlativen Formen und Einseitigkeit der Beurteilungen erwähnt. Kleine Einzelheiten, welche in dem gegebenen Augenblicke in dem P. intensive Gefühle erzeugen, bekommen zehr grosse Bedeutung, während das ganze Gros der Sache nicht genügend geachtet wird.

Der P. überschätzt oft seine Lage und Bedeutung und rechnet nicht damit, noch fühlt er, wie das von der Umgebung aufgenommen werden kann. Errechnet gar nicht mit den objektiven Verhältnissen, in welchen er dies oder jenes durchführen muss, und in welchen er sich selbst befindet. Sein ganzes Handeln und Urteilen trägt einen höchst subjektiven Character.

Wenn der P. zu sich kommt, so verändert er sich auch in dieser Richtung. Er sieht dann alle Möglichkeiten und Schwierigkeiten voraus, er rechnet mit den Verhältnissen, er wird mehr objektiv in seinem Handeln und Urteilen und vorsichtiger.

III.—*Das Wesen und die Pathogenese.*

Wie wir gesehen haben, ist in der ganzen Krankheit die Einwirkung auf die Haut der Ausgangspunkt für die anderen Erscheinungen, vor allem seitens des Herzens, des Verdauungsapparates, und Seelenlebens. Nach dem Auftreten der ersteren erscheinen die letzteren. Das Zurückführen der Haut zur Norm, zieht das Verschwinden der Störungen seitens anderer Organe nach sich. Diese Thatsachen der näheren Beziehungen zwischen der Haut und anderen wichtigen Organen, welche uns die hier besprochene Erkrankung bietet, heben die Bedeutung der Haut fur den ganzen Organismus sehr empor.

Wir haben früher stets vorausgesetzt, dass die Veränderung an der Haut, auf dem Spasmus der Hautgefässe beruht. Doch stützt sich diese Behauptung nicht auf direkte Beobachtung. Wir sind nicht im Stande, den Process der Veränderung der Hautgefässe zu sehen, noch in anderer Weise unmittelbar verfolgen zu können, oder die Breite des Gefässlumens in beiden Zuständen zu messen. Die Behauptung über die Veränderung im Lumen der Gefässe, ist nur die Schlussfolgerung aus einigen anderen unmittelbar beobachteten Erscheinungen und zwar:

1) Die oben erwähnte Dermographie zeigt ganz deutlich auf die Erkrankung des Gefässapparates hin.

2) Der gute Erfolg, der die Gefässe erweiternden Mittel bestätigt ebenfalls unsere Behauptung.

3) Die Erscheinung dass die vor kurzem rötliche, elastische, warme, feuchte, leicht schwitzende Haut nach der Einwirkung der Kälte blass, kuhl, trocken wird, sehr wenig schwitzt, und ihre Elasticität verliert,—kann nicht anders gedeutet werden, als im Sinne unserer Behauptung.

Nicht schwer ist es anzunehmen, dass es sich hier vielleicht nicht um lokale Veränderungen in der Haut handelt, sondern, dass die Ursache des genannten Spasmus's anderswo zu suchen ist, nämlich in den vasomotorischen Centren, welche die Breite-Veränderung in den Gefässen, mit Hülfe der Vaso-constrictoren und Vaso-dilatatoren, erzeugen; also, dass es sich um die Erkrankung der vasomotorischen Nervencentren handelt. Auf dem reflectorischen Wege scheint hier bei der Wirkung auf die Haut, die Verengerung der Haut gefässe zu entstehen.

Was die Momente anbetrifft, unter deren Einflusse der Spasmus in den Hautgelässen entsteht, so ausser der Abkühlung der Haut, welche besonders zum experimentelle Hervorrufen ancrmaler Zustände sehr geeignet sind auch psychische Reize, wie lebhaftere Unterhaltung, interssevolles Geschehen u. s. w. die Rolle spielen. Ich muss aber gleich hinzufügen, dass das zweite psychische Moment nur dann nach sich den Spasmus der Hautgefässe führt, wenn die Haut nicht genügend warm gehalten wird. Bei dem Ueberervärmen der Haut führen sogar die stärksten psychischen Reize zum Spasmus der Hausgefässe also auch zum anormalen Zustande des Pat. nicht.

Endlich bleibt es mir noch zu bemerken, dass auch das Licht die Erweiterung der Hautgefässe hervorruft, ob aber dabei nicht bloss die Wärmestrahlen wirken, weiss ich nicht.

In welcher näheren Beziehung die Verdauungsstörung mit dem Spasmus in der Haut stehen, ist mir unklar. Das möchte ich nur hervorheben, dass es schon bei teilweiser Einwirhung, z. B. der Priessnitzumschläge auf den Leib, trotzdem sich die anderen Teiles des Körpers nich in normalem Zustande befinden, zum normalen Stuhlabgang hommt.

Sehr komplirt, ist die Beantwortung der Frage, auf welchen Wege, durch die Veränderungen an der Haut, die geschilderten, so grossen psychischen Störungen erzeugt werden. Wohl aber wurde es wahrscheinlich nicth ohne Interesse für den Psychiater, die Thatsache sein, dass nach der Einwirkung, des ganz bestimmten und wohlbekannten Momentes z. B. der Kälte, auf den Körper, nach dem darauf

folgenden Auftreten des Gefässspasmus in der Haut die leicht festzustellenden Störungen im Geistesleben erscheinen. Dass wir hier mir dem ursachlichen Zussamenhagen, nicht bloss mit der zeitlichen Nachfolge zu thun haben, daran kann absolut nicht gezweifelt werden. Nicht nur beobachtet, man, dass bei unserem P. immer psychische Störungen erschinen, nachdem die Veränderung an der Haut auftritt, und stets wieder verschwinden, nachdem auch die letzteren verschwunden sind, sondern es werden dann auch immer die Geistesfunktionen gestört, wenn wir, nach Belieben, Willkürlich die Hautveränderung erzeugen; und die psychischen Störungen verschwinden, nachdem man absichtlich die Störung in der Haut verschwinden lässt. Die ursachliche Kette zwischen den Hautveränderung, und den dadurch erzeugten psychischen Störungen, kann desshalb für jeden zweifellos gemacht werden, weil man sich jederzeit davon selbst überzeugen kann.

Die besten Versuchs Objekte stellen die Patienten vor, bei welchen diese Erkrankung in ganz ausgeprägten Grade vorkommt, was aber sehr leicht zu erkennen ist, wenn nicht aus dem psychologischen Status, so aus der Untersuchung des Wärmezustandes der Haut des Pat. in seinem anormalem Zustande. Die Patienten, die während ihres anormalen Zustandes, auf dem ganzen Körper und vor allem auf der Brust, kühle Haut haben, sind die besten Experyment Objekte,-bei ihnen ist die Störung in vollem Grade. Der Pat., mit welchen man experimentiert darf nicht unter dem Einflusse des Coffein, Alkohols und ähnlichen das Experiment störenden Mittel stehen. Es ist gut, wenn der Pat., vor der Abkühling, mit seiner eigener Wärme erwärmt wird. Nachdem der Pat. z. B. im Bette, dank guter Bedeckung, etwas geschwützt hat, soll er die Zudeckung weg lassen und so in kühlem Zimmer einige sekunden, ohne warme Bekleidung bleiben. Man braucht nicht zu sehr die Erkältung zu fürchten. Die Patienten erkälten sich nicht leicht. Im Falle der Erkältung lassen die entsprechenden Masrregeln, rechtzeitig ergriffen, keine Störungen zu.

Die verbindenden Glieder der ursachlichen Kette, welche alle anderen Störungen mit den Erscheinungen seitens der Haut verbindet, sind aber nicht leicht festzustellen. Es entstehen viele Momente, welche in dieser Hinsicht in Betracht gezogen werden könnten.

Die Störungen im Blutkreislaufe, welche, nach dem Aufttreten des Gefässspasmus of einem so grossen Gebiette, wie es die Haut ist, entstehen müssen, ziehen die Aufmerksamkeit zunachst auf sich. Wenn die Gehirngefässe dem Spasmus nicht unterlägen, so werden sie vielleicht kompensatorisch überfullt sein, in Folge der Verengerung

der Gefässe der Peripherie. Wenn aber in den Gehirngefässen Spasmus vorhanden ist, so müsten ähnliche Störungen eintreten, wie die, welche in der Haut, durch die schlechte Ernährung herbeigeführt werden. Uebrigens konnte auf Grund der Kenntniss von dem Gefasssysteme des Gehirnes auch die Vermutungen entstehen, ob nicht beide Erscheinungen gleizeitig auftreten, das nämlich in den Gefässbasenen Blutüberfüllung stattfindet, dass aber die weiteren ins Gewebe tretenden Gefässe verengert gind. Die Experimente, welche Schüller über den Einfluss auf die Gefässe in Pia Matris der Wirkung der thermischen Reize auf die Haut gemacht hat, sollen festgestellt haben, dass bei der Einwirkung der Kälte auf die Haut des Kaninchens, die Gefässe in Pia Matris verbreitert und überfüllt wurden. Auch Istomov und Tarchanov sollen sich durch die entsprechenden Experimente mit dem Menschen überzeugt haben, dass einige Reizungen auf die Haut die Verbreitung und Ueberfüllung der Gehirngefässe erzeugen.

Auch die Thatsache, welche bei diesser Erkrankung jederzeit festgestellt werden kann, dasss nämlich reichliche Uebergiessungen des Kopfes mit kaltem Wasser, welches wahrscheinlich die |Verengerung der Gehirngefässe erzeugt, sogar bei den grössten Affeckten gdwisse Beruhigung herbeiführen,-scheint auch dafür zu sprechen, dass hier nach dem Auftreten des Spasmus in den Hautgefässen, in Folge der Kälteeinwirkung, die Gehirngefässe der Ueberfüllung unterleigen. Jedoch sind wir nicht im Stande, etwas näheres und mehr positives darüber zu sagen.

Mehr schon können wir über das zweite Moment sagen, welches hier in Betracht kommen muss.—Der auftretende Spasmus in den Hautgefässen und das dadurch erzeugte verengerte Gefässlumen und die mehr kompakten Gefässwände müssen das Durchgehen des Gefässinhaltes erschweren auf die dadurch erzeugte Herabsetzung der Ernährung und der Funktion weisen die getrockneten Lippen, verminderte Schweissabsonderung etc. in der That hin. Man könnte sich nun fragen, ob das nicht ohne Einfluss auf den Organismus, insbesondere auf das psychische Leben bleibt. In der That haben wir hier mit dem Einflusse zu thun. Die Beobachtungen, welche ich bei dieser Krankheit gemacht habe, haben nur die grosse Bedeutung der Thatsache klar gemacht, dass die Haut, nebst den anderen Absonderungs Organen, wie Nieren, Dickdarm die Thür für den Organismus unnötigen Stoffe bildet.

Diese Bedeutung der Haut, verdient ganz besonders mehr beachtet zu werden, als es bis jetzt geschehen ist; um somehr, als sie der psy-

chatrischen Therapie gewisse Keime zu einer möglichen weiteren Förderung bietet. Wollen wir mit dem Worte «schwitzen» oder «Hauttranspiration» etc. die ganze Ausscheidung durch die Haut bezeichnen, ohne näher in die Art dieser Ausscheidung hineinzugehen. Wenn sich in der That durch die Haut einige Stoffwechselreste entfernen, so würde es dann leicht verständlich sein, dass der Gefässpasmus in der Haut, welcher eine geringere Blutmenge in diesem Organe zur Folge hat und durch die Zusammenziehung der Gefässwände das Durchgehen des Gefässinhalts nach Aussen erschwert, eine genügende Entfernung der unnötigen Stoffe aus dem Blute verhindert und auf diese Weise eine Autointoxication verursacht.

Unser P. früher, wo er diese Erkrankung nicht gehabt hat schwitzte leichter. Seit der Zeit der Erkrankung, ist seine Schweissabsonderungsfähigket herabgesetzt worden. Wir haben gesehen, dass jetzt P. nur dann ordentlich schwitzt, wenn sein allgemeines und geistiges Befinden gut ist. Während seines anormalen allgemeinen und psychischen Zustandes schwitzt er gar nicht. Bei unserem Kranken rufen sogar die grösste Aufregung und die anstrengendsten Leistungen keinen Schweiss hervor, wenn er sich in anormälem Zustande befindet, dagegen, bekommt er bei jeder grösseren Anstrengung sehr leicht Schweiss, wenn er sich in normalem Zuszande befindet. Das habe ich zahlreiehe Male beobachtet.

Diese Beobachtungen bestätigen, dass bei unserem P. die Störung in der Schweissabsonderung und diejenigen in den psychischen Funktionen stets einander begleiten und in näherem inneren Zusammenhange mit einander stehen. Dies könnte auf dreierlei Weisen erklärt werden:

1). Entweder ist die Störung in der Hauttranspiration die Ursache der psychischen Störung, oder;

2). Umgekehrt, erzeugt die psychische Störung die Verminderung der Schweissabsonderung, oder endlich;

3). Ist weder die eine noch die andere dieser Möglichkeiten vorhanden, sondern die beiden Störungen sind durch irgend etwas drittes-durch den Gefässpasmus in der Haut erzeugt, ohne für einander das ursachliche Moment zu bieten.

Wir haben gesehen, dass jedes Aufftreten des Gefässpasmus in der Haut einerseits die Schweissabsonderung ummittelbar herabsetzt, was nicht schwierig festzustellen ist, andererseits psychische Störungen hervorruft. Jedes Zurückführen der Hautgefässe in das Normale, hatte einerseits die normale Schweissabsonderung andererseits das Verschwinden der psychischen Störungen zur Folge. Wenn diese Thatsa-

chen noch nicht ganz bestimmt beweisen, dass die verminderte Hauttranspiration das ursachliche Moment für die geistige Störung bildet, so scheinen sie festzustellen, dass der Fall nicht umgekehrt liegt, d. h. dass nicht die psychischen Störungen (wie gesteigertes Gefühlsleben, motorische Erregung etc.) die Ursache der Herabsetzung der Schweissabsonderung sind dh. dass die zweite Möglichkeit weg fällt. Der Spasmus der Hautgefässe erzeugt direkt die Verminderung Hauttranspiration. Uebrigens erwartet jeder von den psychischen Erregungen, dass sie die Schweissabsonderung eher steigern als herabsetzen müssen.

Wir haben endlich gesehen, dass der P. welcher Stunden und Tage lang, den Spasmus der Gefässe und verminderter Hauttranspiration, bei angehäuften Störungen in der psychischen Funktion (z. B. grosse Leistungsunfähigkeit etc.) besitzt, zum normalen Zustand zurückgeführt und auf mehrere Stunden leistungsfähig wird, wenn er z. B. nur 10 Minuten stark geschwitzt hat, obwohl gleich nachher der frühere spasmatische Zustand der Gefässe wieder eintritt. Das lässt sich nicht dadurch erklären, dass der Gefässspasmus der Haut nur auf irgend welchem anderen Wege, nicht aber auf dem Wege der Veränderungen in der Schweissabsonderung, das Geistesleben bewirkt. Diese anderen, hier, möglicher Weise, in Betracht kommenden Momente, welche, durch Gefässspasmus erzeugt, die psychischen Störungen hervorrufen könnten, sind drei: 1). Die zuerst erwähnten Cirkulationsstörungen. 2). Die Ueberfüllung des Blutes mit CO_2. 3). Spasmus des Dickdarmes und die dadurch erzeugte Obstipatio spastica mit dem Behalten der Winde. Wir finden keinen Moment mehr, welcher hier irgend welche Rolle spielen könnte.

Man könnte nun sagen, dass der schwitzende Zustand der Haut, welcher so behagliche Folgen auf die Geistesfunktion ausübt, nichts anderes ist, als das Aufgeben der Blutcirkulationsstörungen im Gehirne, das Verschwinded der Verdauungsstörungen, endlich normale Anfüllung des Blutes mit CO_2 was alles durch das Verschwinden des Gefässspasmus in der Haut hervorgerufen wird, und dass dies könnte man sagen ohne Einfluss seitens der Veränderung in der Hauttranspiraration das psychische wohlbefinden erzeugt.

Diese Erklärung wird aber durch den Umstand hinfällig, dass, wie erwähnt, der Schwitzzustand bloss 5-10 Minuten dauerte, während der psychische Zustand, insbesondere die Leistungsfähigkeit, auf mehrere Stunden wesentlich verbessert wird. In dieser, so kurzen Zeit (5-10 Minuten) kommt es weder zur auffallenderen Besserung des mit CO_2 erfüllten Blutes, noch weniger zu irgend welchem Wind-oder Stuhlabgang. Die besprochene Cirkulationsstörung im Gehirne tritt

sofort wieder ein, trotzdem das psychische wohlbefinden längere Zeit weiter andauert.

Die dargestellte Thatsache scheint ganz bestimmt zu beweisen, dass das vermindeste Schweisausscheiden, eines von den wichtigsten, ursachlichen Momenten ist, und ein Glied in der ursachlichen Kette, zwischen dem Auftreten des Gefässspasmus in der Haut und einigen Geistesstörungen bildet. Ich will damit nicht behaupten, dass die anderen erwähnten Momente keine Rolle spielen. Im Gegenteil scheint es mir, dass vielleicht auch die Cirkulationsstörungen mitwirken sowie, dass die dauernden Verstopfungen nicht ohne Einfluss auf die geistigen Funktionen bleiben.

Auf Grund aller erwähnten Betrachtungen, wird es begreiflich sein, dass sich das Schwitzen, bei Beseitigung, der in unserer Erkrankung entstandenen psychischen Störungen, besonders aber der tiefer gehenden und fortbestehenden, als eines von den erfolgreichsten Heilmitteln herausgestellt hat. Nur Dank dem häufigen Schwitzen, nebst reichlichem Schlafen ist es gelungen, den P. aus dem Zustande gänzlicher Leistungsunfähigkeit, kompleter Willenslosigkeit, u. A. tiefer gehenden Störungen in der geistigen Organisation, in welchen sich der zweite, weiter hinten beschriebene Patient zur Zeit noch befindet, in den jetzigen Zustand zu versetzen, wo keine derartigen, tieferen Störungen mehr zu beobachten sind. Das Schwitzen wende ich, wie gesagt, mit vollständigem Erfolge an, auch bei jeder neu auftretenden krankhaften, psychischen Erscheinung. Jede Aufregung, der weinerliche und schwärmerische Zustand, sowie auch derjenige des Beschäftigungstriebes verschwinden sofort, wie oft hervorgehoben, nach reichlicher Schweissabsonderung.

Diese therapeutische Wirkung, ist ein neuer Beweis dafür, dass wir hier mit der Autointoxication, in Folge der verminderten Hauttranspiration, zu thun haben. Von diesem Standpunkte aus, wird auch der gute Erfolg, der durch Kraepelin in die Psychatrie eingeführten Behandlung mit lang dauernden warmen Bädern leichter begreiflich, un der Weg näher bekannt werden, auf welchem die gute Wirkung dieser Bäder stattfindet. Es wird auch die erfolgreiche Wirkung des weiteren Kraepelinschen Verfahrens der feuchtkalten Wicklungen, welche 2-3 Mal (je 2-3 Stunden) wiederholt, sogar die allergrössten Erregungen der Katatoniker beseitigen verständlich. Diese empirischen Verfahrungsweisen bestätigen einerseits unsere ausgesprochene Behauptung über die Bedeutung der Hauttranspiration, und bekommen andererseits die theoretische Begründung.

Die zwei Thatsachen, zu deren Annahme die Analyse dieser Krank-

heit führt, d. h. die übrigens längs den Physiologen bekannte Behauptung, dass aus dem Organismus verschiedene im Blute sich befindlichen Stoffe durch die Haut ausgeschieden werden, sowie die Thatsache, dass die verminderte Hautausscheidung einige psychische Störungen hervorruft, bieten, meiner Ueberzeugung nach, eine gewisse Grundlage, für weitere Entwickelung der psychatrischen Therapie.

Endlich um die Bedeutung des Schwitzens noch mehr hervorzuheben, möchte ich hier auch einige anderen Beobachtungen anführen, nach welchen das Schwitzen in enger Beziehung zu dem Schlafe steht. Die Patienten bedürfen, um sich geistig ziemlich normal zu fühlen, viel Nachtschlaf, z. B. 9-10 Stunden. Wenn der P. nach 7-8 Stunden aufgewacht ist, so kann er durch reichliches Schwitzen die fehlenden zwei Stunden Schlaf so ersetzen, dass er sich darnach ganz ebenso wohl fühlt. Dasselbe gilt für den Fall, wenn der P. grösseren Gemütsbewegungen während des Tages ausgesetz gewesen ist. Dann wird ihn entweder Schlaf, wenn es ihm gelingt einzuschlafen, oder aber, reichliches Schwitzen in das Normale wieder zurückführen. Man kann, weiter, leicht konstatieren, das, wenn mann aufgeregt ist, und trotz der Ermüdung nicht im Stande ist, einzuschlafen, so bringt ein wenig Schwitzen, Beruhigung und Schlafbedürfniss mit sich. Man kann sich auch leicht überzeugen, dass ein weiteres, intensiveres Schwitzen das Schlafbedürfniss und Ermüdung verlieren lässt, ohne jedoch Unruhe wieder zur Erscheinung zu bringen. Schlaf und Schwitzen haben für den P. ähnliche Wirkungen.

Damit deckt sich eine dem Laien bekannte Thatsache, dass nach der, in warmen Räumen durchtanzten Nacht, bei reichlicher Schweissabsonderung, die geistige Leistung nicht herabgesetzt wird und die nächste Nacht das Bedürfniss nach entsprechendem längeren Schlaf nicht vorhanden ist. Das wäre nicht möglich, nach einer, in der Kälte verbrachten Nacht. Man könnte hier zweifellos auf die Wirkung des bei solchen Gelegenheiten reichlichen Rauchens und Kaffeetrinkens hinweisen. Aber 1). Können Nikotin und Coffein, nie einen so grossen, dauernden Einflus ausüben, sie führen bald zur Ermüdung. 2). Ausser Coffein wird ja doch auch sein Gegenmittel Alkohol in reichlichem Maase eingenommen. 3). Endlich kenne ich viele Leute und gehöre selbst zu diesen, welche bei solchen Gelegenheiten, weder Coffein, noch Nikotin dagegen nicht selten Schlaf und Ermüdungs erzeugenden Alkohol gebrauchen, und doch spüren sie am nächsten Tage keine Herabsetzung ihrer Leistung und die nächste Nacht, kein ausserge-

wöhnliches Bedürfniss nach Schlaf, obwohl sie im anderen Falle für Schlafmangel sehr empfindlich sind.

Nebst den Cirkulationsstörungen und den Störungen der Schweissabsonderung, haben wir schon Blutüberfüllung durch CO_2, als das die Geistesthätigkeit beschädigende Moment gennannt. Eine gewisse grössere Beachtung verdient, wie es mir scheint, in dieser Hinsicht, die dauernde Verstopfung, bei Verhalten der Winde, obwohl man kaum sagen kann, in wie weit sich deren Einfluss erstreckt.

Um die Uebersicht der schädlichen Momente, welche die Geistesthätigkeit unserer Kranken beeinflussen, zu Ende zu führen, muss ich noch eines nennen, welches sich fast stets bei unserem P. findet, das ist Anemie.

Ich finde keinen Grund für das Zuschreiben der in anormalen Zustande des Pat. auftretender Vermehrung der Harnsäure irgend welche etiologische Bedeutung. Die Vermehrung der Harnsäure im Urin des Pat. ist nicht Ursache, wie Lange meint, sondern Folge. So wie andere Erscheinungen, so auch diese Verändermg in dem Urin führte ich in meinen Experimenten herbei, durch das Einführen der Haut in den einen oder den anderen Zustand. Dabei muss ich hinzufügen, dass das erste Urin welche nach dem Hervorrüfen des Spasmus in den Haütgefässen erschien, keine grössere Menge von Harnsäure hatte; und nur nach einiger Zeit, besonders, wenn der Pat. in grosse Aufregung gerieth, vergrösserte sich allmählich die Menge der Harnsäure in dem Urin.

Es wäre zweifellos interessant zu erfahren, welche psychische Störungen durch jedes der erwähnten ursachlichen Momente erzeugt werden.—Wenn man in dieser Richtung die Vermuthung aussprechen darf, so bekam ich auf Grund der Analyse dieser Erkrankung den Eindruck, dass vorallem diejenigen Störungen, welche wir als tiefergehende Störungen in der psycho-physischen Organisation bezeichnet haben und welche für die Kraepelinsche Dementia Praecox charakteristich sind,—durch die nicht genügend durch die Haut ausgeschiedenen Stoffwechselprodutkte erzeugt werden.—Diese Vermuthung zieht eine andere nach sich, nämlich, dass dieses Gift, welches Kraepelin, als erzeugendes Moment für die Dementia praecox vermuthet, nichts anderes ist, als die im Organismus gebliebenen, nicht genugend durch die Haut ausgeschiedenen Stoffe.

Man bezeichnet, wie gesagt, die psychischen Störungen dieser Krankheit, als leichten Grad des Circulärem Irreseins (z. B. dess Kraepelinschen Manisch—Depressiven Irreseins—oder der Kahlbaum—Hecker'sche Cyclothomie der Folie circulaire-französischer Autoren.

Wenn diese Auffassung richtig wäre, so würde mit logischer Notwendigkeit daraus folgen, dass das Kraepelin'sche Man-Depressives Irresein, oder die Kahlbaum-Hecker'sche Cyclothomie—keine Krankheitseinheit ist, sondern dass es nur eine Folge von der vasomotorischen Erkrankung bildet und daher bloss ein Symptom einer anderen Krankheit ist. Andererseits, dass sie in engster Beziehung zu der Kraepelinschen Dementia Praecox steht.

Nähere Betrachtungen der besprochenen psychischen Störungen ergeben uns viele Momente, welche gegen Zurechnung dieser Störungen zu dem Circulären Irresein sprechen, wenn unsere Auffassung der letzteren Psychose richtig ist. Von diesen Momenten verdienen folgende hervorgehoben zu werden:

1) Das Gemuthsleben bei unseren Patienten ist wesentlich verschieden, als dasjenige in dem Circulären Irresein (Man-Depressiven Irresein od. Cyclothomie). Unsere Patienten sind in vollem Sinne des Wortes, affektiv. Sie reagieren *auf alle* Ereignisse, und die Färbung ihrer Gefühlsreaktion ist gänzlich von dem Charakter der Ereignisse abhängig. Diese Reaktion ist nur sehr tief und übertrieben. Ein unangenehmer Anlass bringt sie in traurigen Affect, ein erfreulicher—in übertriebene Freude. Aus jedem Affecte kann der Pat. in den ganz entgegengesetzten übergehen, wenn entsprechender Anlass erscheint. Diese Erscheinung findet nicht im Man-Depressiven Irresein statt, wo die Färbung der Gefühlsreaktion nicht von den äusseren Ereignissen abhängt, sondern befinden sich die Patienten stets, ohne irgend welchen Zusammenhang mit äusseren Ereignissen, in der lustigen oder traurigen Stimmung und nur ganz leichten Schwankungen unterliegen können. (Labilität der Circulären).

2) Die geschilderten schwärmerischen Zustände und grosse Neigung zum Schwärmen, welche für unsere Patienten so charakteristisch sind, bilden auch ein wesentliches Unterschiedsmerkmal zwischen den psychischen Störungen dieser Krankheit und denjenigen des Man-Depr. Irreseins.

3) Wir finden hier in allen Zuständen, sowohl in den traurigen wie in den Erregungs-Zuständen, die grosse Herabsetzung einiger intellektuellen Vorgänge, besonders der Auffassung, des Begreiffens und abstrakten Denkens und des Gedächtnisses. Das Man-Depressive Irresein zeigt dagegen, besonders in seinen Erregungszuständen, diese Störungen und in solchem Umfange, wie sie hier auftreten, nicht.

4) Endlich, finden wir in dieser Krankheit eine ganze Reihe von symptomen, welche nicht für das Man-Depressive Irresein, sondern eher für eine andere Krankheit—für die Kraepelinschen Dementia

praecox charakteristisch sind,—wie: Spannung in den Muskeln, Hypersekretion des Speichels, Gesichts-schneiden, Fehlen des Muskelermüdungsgefühles, Läppisches Lachen, Deklamatorischer Patos der Sprache, Impulsive Handlungen, Volle Willenslosigkeit, Volle Abneigung vor Arbeit, Dumme-sinoluse Bemerkungen oder Handlungen, Zunehmende Gleichgültigkeit, Sexuelle Verkehrtheit, Cyanose, Andeutungen an Negatyvismus und an Sprachverwirrtheit.

Auf Grund des Gesagten erscheint die Ausfassung der meisten Psychiater, dass wir hier mit der bekannten Kranheitsform s. g. circulärem Irresein zu thun haben, nicht stichhaltig. Zweifellos haben diese psychischen Störungen viel Aehnlichkeit mit dem Man-Depressiven Irresein, wie z. B. vor allem Wechsel der Erscheinungen, gesteigertes Gefühlsleben, auch einige gemeinsame Symptome wie besonders Beschäftigungstrieb, oft auftretender rein maniakalischer gehobener Zustand. Diese Aehnlichkeit hat man, wie das stets geschieht, als Identität aufgenommen. Interessant wäre es fest zu entscheiden, welche Beziehung zwischen dieser Krankheit und der Dementia Praecox besteht,—ob sich wirklich auf Boden dieser Erkrankung allmähblich eine Form von Dementia Praecox entwickelt. Anderseits wäre es interessant die Beziehung dieser Krankheit zur Neurasthenie näher festzustellen. In dieser Hinsicht schreibt z. B. S. H. Scheiber in seiner Abhandlung über wie s. g, circuläre Neurasthenie-Archiv f. Psych. u. Nerwenkr. 34. Bd. Heft 1: «Es kann sein, dass die Neurasthenie ein Glied oder ein Anfangsstadjum der verschiedenen Neurosen und Psychosen ist.» Ich stimme mit dieser Vermutung von Scheiber überein. Es scheint mir nämlich, dass das Wesen der erworbenen Neurasthenie auch auf der Erkrankung des vasomotorischen Apparates beruht und vielleicht auf der Herabsetzung der Erweiterungsfähigkeit der Hautgefässe. Ubrigens bin ich nicht im Stande, die gewöhnliche Neurasthenie von der hier besprochenen Krankheit strikt abzugrenzen.

IV

Aetiologie.

Sicheres über die Aetiologie weiss ich nicht. Nur einige Vermutungen kann ich darüber aussprechen. Die überanstrengende geistige Thätigkeit und mangelhafte Erholung lassen sich als ursachliche Momente vermuten. Ich habe in der Anamnese aller mir bekannten Fälle solche langdauernde, geistige Uuberanstrenung, bei schlaflosen Nächten stets gefunden. Bei gesteigerter geistiger Thätigkeit, wie bei der gesteigerten Funktion jedes anderen Organes, findet

wahrscheinlich reichlicher Zufluss des Blutes zum Gehirn; also Verbreiterung der Gehirngefässe, auf Kosten der anderen Organe. z. B. der Haut statt. Wenn diese veränderte Verteilung des Blutes durch langwährende geistige Ueberanstrengung, ohne genügende Erholung, hervorgerufen, dauernd bleibt, so könnte dieser Zustand möglicher Weise chronisch werden. Dann könnte vielleicht eine leichte äussere Wirkung auf die Haut z. B. die der Kälte, welche gewöhnlich kurzdauernden Spasmus erzeugt, einen langdauernden hervorrufen. Selbstverständlich sind das bloss reine Hpothesen. Wir wissen ja selbst darüber nichts, ob bei dieser Erkrankung die Gehirngefässe sogar nicht der Verengerung unterliegen.

Man könnte auch einigen Reizmitteln, welche besonders bei anstrengender, trotz der Ermüdung fortegesetzer Arbeit, als Reiz angevendet werden, die Mitschuld in dem Entstehen der Krankheit geben, und zwar in der ersten Linie solchen, welche auf den Gefässapparat vorengernd wirken. Zu diesen gehören nämlich die soviel gebrauchten Thee un Kaffee, welche den Spasmus der Gefässe erzeugen, indem sie entsprechend auf die vasomotorischen Centren wirken. Ein anderes dagegen Reizzittel — Nikotin, sowie Alkohol erweitern die Gefässe und sind desswegen gewissermassen Schutz gegen die hier zu betrachtende Erkrankung. Wahrscheinlich werden die Personen, welche, bei oder ohne Coffeingebrauche, Nikotin und Alkohol reichlic benutzen, trotz der überanstrengenden Arbeit nicht zu unseren Kranken gehören wenn selbstverständlich die entgegengestzt wirkenden Momente nicht überwiegen. — Es wäre nicht schwer zu begreifen, dass bei des im Laute einer langen Reihe von Jahren, täglich gebrauchten Coffein, welches die Gefässe in Spasmus versestzt (ohne Gebrauch vor den entgegengesetzt wirkenden Mitteln, wie Alkohol oder Nikotin) und dabei bei entsprechenden anderen Momenten. dieser Spasmus der Gefässe gewissermassen chronisch wird.: die vasomotorischen Centren, viele Jahre hindurch durch Coffeingebrauch, sozusagen, in einen Spannungszustand versetzt, behalten diesen Zustand, gehen schwer aus ihm heraus und geraten wieder in ihm bei den geringsten entsprechenden Momenten. — Die neurasthenischen Zustände welche, wie die Pharmakologen sagen, durch Coffeingebrauch erzeugt werden, können, wie es mir scheint nur die Neurose sein, welche vor alles den Cirkulationsapparat betrifft. — Wenn diese Erklärung richtig ist, dann würde es sich daraus zeigen, welch grosse Feinde, der Kaffee und Thee, als tägliche Gäste der Menschheit sind. Es wäre dann die höchste Zeit, den Thee und den Kaffee als Nahrungsmittel aus dem täglichen Gebrauche fortzujagen. Und wenn man gegen Alkohol

kämpft, so soll man nicht vergessen, dass dann immer noch der Coffeingebrauch bleibt, welcher ohne sein Gegenmittel, nämlich Alkohol um so grösseren Schaden verursachen wird. Der sogenannte Malzkaffee kann meiner Erfahrung nach, ganz gut den gewöhnlichen Coffeinkaffee ersetzen. Leider besitzen wir bis jetzt, so viel ich weiss, kein Mittel, welches den Thee ersetzen könnte. Es eröffnet sich in dieser Beziehung ein dankbares Gebiet für die erfinderischen Wohlthäter der Menschheit. — Jedenfalls darf man nicht unsere Kranke als durch Coffeinvergiftete hinstellen: der erste unserer Patienten trinkt schon nackweislich, seit 10 Jahren weder Thee, Kaffee noch Chokolade.

Es scheint mir sogar, dass das Anfhören des Thee-und Kaffee Trinkens eine von den Bedingungen für die Entstehung des typischen Krankheitsbildesist. Der Koffein-Gebrauch verwischt etwas das Krankheitsbild, weil Koffein, obwohl die Gefässe verengert, gleichzeitig die Herzfunktion stärkt. Die erhöhte Herzfunktion besiegt den grösseren Widerstand, welchen die verengerten Gefässe bieten, und lässt keine Circulations und Ernährungsstörung zu, wie Cyanose, Athemnoth, erhöhte Bronchialsekretion, kühle Haut, sowie getrocknete Lippen, belegte Zunge etc. — Es köntne daher gerade der Koffeingebrauch empfehlenswerth scheinen.

In der Wirklichkeit zeigt sich aber, dass sich, während des Koffeingebrauches, die Krankheit und besonders die psychischen Störungen, nicht nur nicht verringern, sondern langsam immer mehr vergrössern. Diese Thatsache könnte man auf folgenderweise erklären. Das Koffein welches die vasomotorischen Zentren in einen sagen wir spasmatischen Forms einsetzt, setz damit die Fähigkeit zur Erweiterung in den Gefässen herab. Die nicht genügende Erweiterung der Hautgefässe erzeugt die ungenügende Ausscheidung durch die Haut der Stoffwechselprodukte, welche, in Organismus zurückgehalten, vor allem die Hirnrindefunktion beeinflussen.

Ausser den erwähnten zwei aetiotogischen Momenten spielen wahrscheinlich auch andere — eine gewisse Rolle, wie die schlechte Ernähruug, besonders zur Zeit der gesteigerten geistigen Thätigkeit, — die sexuellen Excessen sowie, die hereditäre Belastung. Ich finde stets bei den Patienten s. g. «Nervosität» in der Familie. In kenne ein halbjähriges Kind, dessen beide Eltern mit unserer vasomotorischer Neurose behaftet sind. Dieses Kind hat diesebe — in ausgepragtes Form.

V

Der Verlauf.

Wenn die Patienten in schlechten Verhältnissen leben — kalte Räume, keine genügende Ernährung, keine Möglichkeit viel zu schlafen, Mangel an warmen Kleider u. s. w., so zerstört sich allmählich ihr ganzes psychisches Leben, und, da damit auch alle Lust zur Arbeit verloren geht, so können diese Leute auch social zu Grunde gehen. Der Endzustand bei dieser Krankheit ist Psychose, welche vor allem auf den geschilderten und langdauernden Störungen beruht. Diese Psychose deckt sich, wie es mir scheint, mit derjenigen, welche die Kraepelinsche Schule als Hebephrenische Form in Dementia praecox bezeichnet.

Bei reichen P. kommt es, wie ich meine, zu genannten Folgen fast nie. Die Reisen nach sudlichen Ländern, die warme Wohnung und Kleidung, die Möglichkeit Sehlafbedürfnis zu befriedigen, oft Bäder zu nehmen u. s. w. — alles womit sie sich selbst hellen, ist nichts anderes, als symptomatische Heilmittel, welche grössere Störungen nicht zulassen und auch sogar zur wesentlichen Besserung beiführen können. Weiter—werden auch kausalwirkende Mittel im täglichen Gebrauche angewendet—das sind die, welche eine lähmende Wirkung auf die Vasomotoren ausüben, wie Alkohol und Nikotin.— Zum Arzte kommen solche P. gewöhnlich wegen Verstopfung, wegen Atemnot, wegen «Nervosität», oft wegen allgemeiner Schwäche.

VI

Diagnostik.

Aus den diagnostischen Merkmalen muss man auf der ersten Stelle erwähnen: 1) die umgekehrte Reaktion der Haut auf die Wirkung der Kälte nämlich die dauernde Verblassung der Haut bei Kälteeinwirkung 2) den beschriebenen Wechsel der Erscheinungen 3) die beschriebene Dermographie—aussergewöhnlich Schlaffe, dabei aber sehr intensive und lange dauernde Reaction. Dieses letztere Symptom weist direckt an die vasomotorische Erkrankung auf. Diese Erscheinung ist in normalem sowie auch anormalem Zustande des Pat. vorhanden, in letzterem aber in grösserem Grade. Aus den anderem wichtigeren Symptomen muss man besonders erwähnen die von Zeit zu Zeit auftretende Obstipatia spastica; Cyanose, Athemnoth, erhöhte Bronchialesekretion, den charakteristischen, stossartigen kurzen Pulsus gegen 90 schläge in der Minute, trochene Lippen, Geruch ans dem Munde und belegte

Zunge, blasses, krankhaftes Gesichts und Hände-Aussehen, breite Puppillen und die beschriebenen Störungen in dem Geistes-Leben. Sicherer Beweis dafür, dass wir mit dem typischen Falle dieser Erkrankung zu thun haben, bildet die Feststellung der kühlen Haut, besonders an der Brust des Patienten. Entscheidende diagnostische Bedeutung wird aber durch das absichtliche Herforrufen der normalen und anormalen allgemeinen Zustände durch die vorallem verschiedene Temperatur-Wirkung auf die Haut der Patienten.

VII

Gerichtlich medicinische Besprechung.

Die dargestelle Erkrankung hat gewisse gerichtlich-medicinische Bedeutung, und zwar, in Folge, der bei ihr vorhandenen psychischen Störungen. In gerichtlich-medicinischer Beziehung, gehören unsere Kranken *par excellence* zu den sogenannten Grenzfällen. Sie können nicht, als ganz normale Menschen, wom Gericht betrachtet werden, 1). Da ihr anormal gesteigertes Gefühlsleben nicht ohne Einfluss auf ihr Handeln und Urteilen bleibt. Einseitige negative Beurteilungen und durch Mangel an Selbstbeherrschung erzeugtes offenes Aussprechen derselber führen oft die P. vor das Gericht wegen Beleidigungen. Die gesteigerte Empfindlichkeit kann den P. leicht zu Streitigkeiten, ebenso gesteigerte, panische Furcht ohne genügenden Anlas etc. zu Handlungen verleiden, die gerichtliche Folgen haben können. 2). Die weitgehenden, psychischen Veränderungen, wie Abneigung vor Arbeit, voller Verlust des Willens, gewisse sexuelle Verkehrtheit etc. stehen in engsten Zusammenhange mit dem gerichtlichen Verfahren.

Im ersten Falle, wo es sich um gesteigertes Gefühlsleben als Ursache der Handlung handelt, muss berücksichtigt werden, dass, hie und wieder es Zeiten giebt, wo sich der P. in ganz normalem Zustande befindet. Auch das muss in Rucksicht gezogen werden, dass, wenn die Handlung, des sich in einem Affekte befindlichen P. sich auf anderen, ihm, in diesem Moment gleichgiltigen Gegenstand bezieht, so kann diese Handlung ganz normal sein.

In dem zweiten Falle, wo es sich um weitgehende Veränderungen in dem psychischen Leben handelt, muss vor allem in jedem Falle, der Grad dieser Veränderung berücksichtigt werden. Das alles verursacht, dass die medicinischegerichtliche Beurteilung, der hier besprochenen Fälle sehr schwierig wird und nicht voraus festgelegt werden kann. Jeder Fall muss individualisiert und abgesondert beurteilt werden.

VIII

Therapie.

Da wir es besonders mit dem Spasmus der Gefässe zu thun haben, und das Ausgangspunkt für alle Erscheinungen ist, so weist uns dieser Umstand von selbst auf Anwendung solcher Mittel hin, welche die Gefässe erweitern und vorallem auf Weglassen alles essen, was die Neigung zum Spasmus in den Zentren vergrösset, also in erster Linie auf das vermeiden des Thee-und Kaffee-Trinkens. Es giebt viele Mittel, welche den Spannungs-Tonus in den vasomotorischen Zentren beseitigen. Die ganze Chloroformgruppe (Chloral, Paraldehyd, Chloralum formamidatum etc) steht hier in erster Linie. Man darf aber nicht vergessen, dass der längere Gebrauch von diesen Mitteln schädlich auf das Blut wirkt. Nikotin erweitert die Hautgefässe im II-en Stadjum seiner Wirkung. Alkohol setzt die Thätigkeit des vasomotorischen Zentren herab und erzeugt die Gefässerweiterung. Die Erfahrung lehrt, dass man bei unseren Patienten auf das Herz sehr achten muss, welches im hohen Grade erschwächt ist. Man soll deswegen, besonders beim Anwenden der erwähnten, das Herz schwächenden Mittel, gleichzeitig Cardiaca anvenden. Das Mittel, welches auf das Herz nicht schädlich wirkt und deswegen sehr emplehlenswerth ist ist Opium. Die starken Douchen Blitz u. Strahl Douchen bei welchen hauptsächlich der grosse Druck wirtterweisen sich, also eins von den wichtigsten Mitteln. Strychnin nützt in diesen Fällen nicht viel. In Bezug auf die Elektrisation der N. sympatici sowie der Haut habe ich keine Erfahrung.

Die blauen Lippen, ohne organischer Herzerkrankung und evtl. ohne grösserer Lungenstörungen, müssen sofort auf die Vermutung führen, dass es sich um unsere Erkrankung handelt. Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass das Krankheitsbild verwischt werden kann. In dieser Hinsicht spielt besonders der Thee und Kaffeegebrauch eine grosse Rolle.

Der P. hat nach der einen bis zwei Tassen Thee oder Kaffee einen anderen Puls. Die durch Coffeingesteigerte Herzthätigkeit, lässt keine Stauungserscheinungen, sowie keine auffallenderen Ernährungsstörungen zu. Es bleibt uns dann von den körperlichen Erscheinungen, nur die Pupillenerweiterung und Dermographie auffallend.

Die Diagnose stützt sich dann hauptsächlich auf die Anamnese, sowie auf die besonders psychischen Erscheinungen. Das Aufgeben des Kaffeegenusses auf ein paar Tage oder die Einwirkung der starken, längere Zeit dauernden Kälte auf den P. liefert uns das mehr ty-

pische Bild der Erkrankung. Weil bei der Diagnose dieser Erkrankung eine so grosse Rolle die Anamnese spielt, so möchte ich einiges in dieser Beziehung bemerken. In den anamnestischen Angeben muss man zweierlei Dinge unterscheiden. Einerseits die Angaben der Patienten über die einzelnen Erscheinungen (Symptomen und andererseits, die Beurteilungen und Erklärungen dieser Erscheinungen d. h. die Angaben über die Relationen zwischen den einzelnen Erscheinungen. Solcher Uuterschied ist der Logik ganz gut bekannt. Wenn die Erklärungen der Laien fast keinen Wert haben nnd keine grössere Beachtung verdienen, so verhält es sich ganz anders mit den Angaben, welche uns die Patienten über die einzelnen Erscheinungen, über die bei ihnen auftretenden Symptome etc. machen. Solche Angaben über die blossen Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einzelner Erscheinungen verlangen nur solche allgemeine Fähigkeit, wie das Hören Sehen Beobachtungs ermögen. Solche Beobachtungen sind nur dann falsch, wenn Hallucination oder Illusion stattfindet. Auf Grund dessen kann man ruhig den Aussagen der P. welche sich auf ihre Beobachtungen der Ersheinungen nicht aber auf die Erklarungen und Beurteilungen dieser Erscheinungen beziehen, mehr Vertraun widmen. Man muss nur dafür sorgen, dass man von dem Pat. herauszieht was er in der That wahrgenommen und beobachtet hat ohne sich durch mangelhaftes Gedächtniss und unvichtig gebrauchte Worte seitens des Pat. irre leiten zu lassen.

Zur zweiten Art der Behandlung, welche unmittelber auf die Haut wirkt und in ihr Erweiterung der Gefässe erzeugt, gehört vor alles Uebererwärmung verbunden mit Abreibung, sowie s. g. Sonnenbäder und ähnliche Reizungen.

Das ist hauptsächlich die Behandlung dessen, was den Ausgangspunkt der ganzen Krankeit bildet. Was aber andere Erscheinungen in dieser Krankheit aubetrifft, so kann man dieselben mit der entsprechenden Mittel beseitigen.

Das Herz könnte man noch durch Cardiaca starken indem man aber aus denselben diejenigen vermeidet, welche gleichzeitig die Gefässe in Spasmus einsetzen, wie das Koffein. Bie Verstopfung und Darmspasmus kann man durch Prissnitzumschläge beseitigen, vor und nach diesen, durch Massage, durch Klistiere mit warmen Wasser u. s. w.

Die Beseitigung der psychischen Störungen, ist viel schwieriger.

Von den Mitteln, welche die Hirnrindefunktion steigert, sei mir erlaubt, hier besonders won dessen Wirkung ich mich an vielen Personen und bei genauer introspektiver Analyse an mir selbst überzeugt

habe. Bei Honig habe ich keine Nebenwirkungen bemerkt. Es ist ein die Hirnrindefunktionen sehr stärkendes Mittel, in grosserer Menge auf einmal eingenommen, kann er sogar zu Anregung, mit elner gewissen Unruhe verbunden, führen. Er stärkt alle intellektuelle Vorgänge (Gedächtniss, Auffassung u. s. w.), lässt nicht die Gefühle in den Vordergrund treten. Deswegen ist der Honig bei Erregungszuständen dieser Krankheit, wo die intellektuelle Thätigkeit, (Auffassung, Gedächtniss, Denken) herabgesetzt sind, und das Gefüulsleben in den Vordergrund gestellt ist, sehr wichtig, weil er den P. normal funktionieren lässt. Zwei Theelöffel guten Bienenhonig täglich, sind zu empfehlen. Wenn der P. zur Gesellschaft oder irgend wohin geht, wo er Erregungen ausgesetzt werden könnte, dabei bei voller Denkkraft und Selbstbeherrschnng sein soll, so ist es für ihn ratsam, 2-3 Theelöffel Honig auf einmal zu essen. Es möge noch hinzugefügt werden, dass auch Bonbons, wie es mir scheint, den Honig in der Wirkung ersetzen können.

Von nicht medikamentösen Mitteln zur Zurückführung in den normalen psychischen Zustand, sind es vor allem zwei zu nennen, Schlaf und Schwitzen. Meine mehrjährige Erfahrung, hat mich zur Ueberzeugung geführt, dass das Schwitzen bei unserem Kranken die grössten Erfolge ergiebt in Bezug auf die Beseitigung der Folgen, welche die spasmatische Haut Zustände in der geistigen Functionen nach sich führen. Deswegen empfehle ich es in grossem Maase hervorzurufen. Ich lasse das Schwitzen nicht durch die auf Hautdrüsen wirkenden Mitteln, sondern durch Uebererwärmung der Haut von aussen stattfinden. Dazu dienen die kalten, feuchten, raschen Abreibungen der Haut und warmes Zudechen im Bette, Wicklungen. Dampfbäder, Verbleiben in sehr erwärmten Räumen oder in der Nähe von heissen Oefen; sich den Sonnenstrahlen aussetzen u. s. w. Am einfachsten ist es für den P , sich nach den Hautreibungen im Bett sorgfältig zuzudecken, oder in sehr warmer Bekleidung, sich ins Bett zu legen, und mit den warmen Bettdecken, sich zuzudecken.

Zweites nicht weniger erfolgreiches Mittel ist der Schlaf. Die P. sind so empfindlich für den Mangel an Schlaf, dass wenn sie, Beispielsweise, eine Stunde weniger, als sie gewöhnt sind, geschlafen haben, sich das schon fühlbar macht, in dem Sinne, dass sie gar nicht geistig leistungsfähig sind, ihr Gedächtniss und das Denken sind in hohem Grade erschwert, sie haben keine Lust zur Arbeit und sind sehr leicht erregbar. Schlafen sollen die P. so viel, wie nur möglich. Nebst Nachtschlaf, ist jeden Tag, Nachmittagsschlaf notwendig an zu raten. Die Länge des Nachtschlafes, welchen sie zum Wohlbefinden brauchen,

kann man nicht im Voraus bestimmen. Das hängt von dem Grade der erzeugten Geistesstörung ab. Im höheren Grade der geistigen Störung bedürfen die Kranken 10-11 Stunden Nachtschlaf, um leistungsfähig zu sein, und, um sich ziemlich gut zu befinden. Je weniger schlimm der Gesundheitszustand ist, desto weniger Schlaf wird der P. bedürfen. Die Behandlung durch Schlaf, wird dadurch etwas erschwert, dass die P. oft aufgeregt und deshalb schlaflos sind. Besonders kommt es vor, dass die P. früher aufwachen, als für ihr Wholbefinden, des Tages über, angemessen ist, und, etwas aufgeregt, nicht wieder einschlafen können.

In beiden Fällen der Schlaflosigkeit benutze ich mit guten Erfolge, das bekannte Verfahren sehr nasches Abwischen des ganzen Körpers mit einem kalten, nassen Handtucge, sofortiges zu Bette legen, und sorgfältiges, warmes Zudecken. Ich füge noch hinzu, dass, wenn der P. sich nach 1/4-1/2 Stunde noch nicht am Einschlafen fühlt, das Verfahren noch einmel zu wiederholen ist, und so lange fortzusetzen ist, bis sich Schlaf einstellt, der unbedingt nach einigen Wiederholungen kommt, wie mich meine vielfachen Erfahrungen lehren. Weil bei dieser Krankheit erschlaffte Reaktion der Vasomotoren stattfindet ist es ratsam, vor oder nach dem Abwischen der Haut, eine Abreibung vorzunehmen. Als Hilfsmittet zum leichteren Einschlafen, empfelhe ich das Lesen oder Auswendiglernen z. B. von Gedichten, fremden Wörtern u. s. w.. so weit es aber dem P. Interess bietet, ohne jedoch Aufregung zu erzeugen. Etwas ganz gleichgiltiges zu lesen oder auswendig zu lernen wirde ich ihm nicht geuügend Lust und Ausdauer zu dieser Thätigkeit entstehen lassen. Begiessung des Koples mit kaltem Wasser hat eine beruhigende Wirkund, kann also auch als Schlafmittel benutz werden. Auch ein Kissen auf den Kopf gelegt, befördert den baldigeren Schlaf. Alle oben erwähnten Mitteln kann P. selbst anwenden. Sie erforden keine grosse Vorrichtung, wie z. B. warme Bäder, die sehr Schlaferzeugend wirken, aber wenn die Haut des Patienten nach dem Badem nicht erkühlt wird.

Bei obigen Mitteln sind schlaferzeugende Medikamente überflassig. Alles erwähnte bezieht sich besonders auf das Herbeiführen von Nachtschlaf. Der Nachmittagsschlaff jeden Tag, welchen wir, wie gesagt, absolut empfehlen müssen, pflegt gewöhnlich unmittelbar nach Tisch leicht einzutreten, wenn man während des Essens jede Gelegenheit zur Erregung vermeidet. Im Falle stattgefundener Erregung, ist mehrmaliges Begiessen des Kopfes mit kaltem wasser (mit darnach folgendem trockenen Abreiben der Haare), sowie das Bedecken des Kopfes mit einem Kissen anzuraten. Es würde für den P. zu umständ-

lich, sich des Nachmittags den ganzen Körper abzureiben, und auch überflüssig, da er gewöhnlich mit dieser einfacheren Procedur den Schlaf herbeiführt.

Es bleibt noch einiges über die Behandlung der P. zu sagen. Man muss die P. allen schädlichen Einwirkungen entziehen. Es ist rathsam dass die Patienten einige Wocheh im Bette bleiben. Besonders muss man sie vor Gemütsaufregungen schützen. Es ist zu diesem Zwecke sehr nütlzlich, den P. zu belehren und zu ermahnen, er solle sich selbst alle Mühe geben, um sich zu beherrschen, und jede Veranlassung zur Erregung zu vermeiden, obwohl dies für die P. schwierig ist, da sie willenslos sind und Bedürfniss zum Raisonnement haben. Thee und Kaffee, wie das aus unseren Erörterungen über die Aytiologie dieser Krankheit hervogeht, sind absolut wegzulassen. Der gewöhnliche Kaffee kann durch s. g. Malzkaffee ersetzt werden.

Eine gute allgemeine Ernährung soll selbstverständlich streng beobachtet werden. Besonders muss man auf eine hinreichende Füllung des Magens, durch reichliche Mahlzeiten achten, was aber in Folge des Mangel an Appetit,—diesen Begleiter der Erregungszustände nicht immer leicht zu erreichen ist. In dieser Hinsicht ist auf eine geschmaekhafte Zubereitung der Speisen, sowie auf genügende Abwechslung besonders Gewicht zu legen, so dass man bei reichlicher Abwechselung der Gerüchte, selbst nach dem Gefühls der Sättigung, immer noch im Stande ist, dem Magen noch weitere Speisen zuzuführen. Man kann öfters beobachten, dass man sich appetitlos, aufgeregt, zu Tische setzt, sich nach einem zwei Gängen satt fuhlt, und weiter erregt ist; wenn aber der folgende Gang besonders geschmackvoll und verlockend zubereitet ist, so bekommt man von neuem Appetit, und gleichzeitig werschwindet die Erregung.

Am besten ist es selbstverständlich, wenn die Behandlung in der Anstalt stattfindent, weil es hier alle nötige Einrichtungen giebt.

IX

Der zweite Patient.

27 Jahre alt, 1875 geb., ist in Vorbereitung zur Universitätshabilitation. Die Eltern sollen nervös gewesen sein, sowie die Geschwister sind nervös. Näheres aber über diese Nervosität kann P. nicht angeben. In der Kindheit hat P. Morbili, im neunten Lebensjahre Lungenentzündung, im zwölften Varicellae gehabt. Vom 15-18. Jahre soll P. Eczema auf dem Gesicht gehabt haben. Im 17. Lebensjahre machte

er Scharlach durch, ohne irgend welche Folgen im Centr. Nerv. System. Seit dem 20. Lebensjahre leidet P. an Kopfweh in der Schläfegegend, welches zusammenpressenden Characters ist, 2-3 Mal in der Woche erscheint, einige Stunden dauert, von Verstopfung abhängen und mit dem Stuhlgang verschwinden soll. Seit 10 Jahren arbeitete P. anstrengend; schlief aber dabei nicht genügend und half sich oft mit Thee. Thee und Kaffee trinkt P. tagtäglich seit seiner Jugend bis jetzt. Nikotingebrauch kein, ebenso kein Alkoholgebrauch. Keine Lues. Ich beginne die Beschreibung von den Störungen im psychischen Leben.

Schon vor vier Jahren hat P. sein anormales Befinden bemerkt, und das hat ihn erschrocken. Besonders sind ihm die Störungen im geistesleben aufgefallen und war in erster Linie das, dass, während er früher sehr wissensdurstig war, sich für alles interessierte, und z. B. jedes neuerschienene, wissenschaftliche Buch, sofort seine Aufmerksamkeit erregte, fühlt er sich seit vier Jahren gegen alles immer mehr gleichgiltiger. Der Kreis der Dinge, die ihn interessieren, verringert sich allmälig immer mehr. Seine Gefühlsreaktion auf äussere Ereignisse war früher sehr gross, sogar zu gross und übertrieben. Er war leicht aufgeregt, er empörte sich, er wurde entzückt, sogar bei geringen Anlässen. In den letzten Jahren ruft eine immer geringere Zahl der Ereignisse, irgend welche Gefühlsreaktion hervor. Die zweite Eigentümlichkeit, welche dem P. auffiel, und ihn sogah mit Schrecken erfüllt, ist der komplete Verlust jeder Neigung zur Arbeit. Er kann Stunden lang liegen, ohne etwas arbeiten zu wollen. Er weiss, dass er seine Arbeit (P. bearbeitet ein wissenschaftliches Thema) machen soll er ist sich bewusst, dass davon seine ganze Zukunft (Universitätscarriere) abhängt, und doch kann er nicht die Feder ergreifen und arbeiten. Er macht sicht deswegen Vorwü.fe, er ist deswegen fast verzweifelt und doch arbeitet er nicht. Er sucht allerlei andere, nicht anstrengende Beschäftigungen, besonders z. B. wenn er den Willen, den Wunsch von jemand anderen ausführen soll, wo man viel gehen, sich bewegen muss, um nur sich selbst zu täuschen und sein Gewissen zu beruhigen, dass er seine Arbeitspflicht nicht erfüllt. Er sagt nachher selbst, dass das alles nicht nötig war, und, dass das alles nur als Ausrede diente. Dritte Klage, welche P. selbst angiebt, ist absoluter Mangel an Willen und an eigener Iniciative. Der P. bezeichnet sich selbst, als einen characterschwachen, willenslosen Menschen. Dieses Merkmal kann man leicht objektiv feststellen, wenn man mit dem P. näher lebt. So z. B., wenn man P. trifft, und er z. B. zur Vorlesung oder zu irgend welcher Beschäftigung geht, und wenn man ihm nur das geringste Mo-

tiv zum Begleiten angiebt, so ist er schon bereit, seine Pflicht zu vernachlässigen. Er versäumt den Vortrag, sein Mittagessen, pflichtige Visiten, oder Pflichtbeschäftigungen etc. und geht mit. Er ist selbst deswegen unzufrieden, thut er aber doch stets. Ich hatte Gelegenheit das an dem Patiente zahlreiche Male feststellen.

Die Stimmung in welcher sich P. stets befindet, ist innere Unzufriedenheit, welche er dadurch erklärt, dass er seine Arbeit nicht macht. Er ist stets ermüdet und hat stets Bedürfniss nach Schlaf, obwohl er nicht leicht einschlafen kann. Er schläft sehr spät ein, wegen Aufregung. Dabei aber wacht er sehr früh schon auf, und, trotz des Ermüdungsgefühls, kann er nicht wieder einschlafen.

Er schläft zusammen sieben Studen, obwohl er bedeutend mehr bedarf. Er ist sehr beweglich, geht viel. Sein Gang ist rasch, besonders leicht, unruhig und unsicher, mit herabhängendem Kopfe. Er sitzt in zusammengerollter Pose und sucht die bequemsten Lagen einzunehmen. Dabei zeigt sowhol das Sitzen, wie der Gang ganz deutliche und objektiv leicht nachweisbare Spannungs-und Steifheitserscheinungen. Er geht mit zusammengedrückten Händen, mit gespannten hochgehaltenen Schultern. Bei den gekreuzten Beinen, wenn er sitzt, hängt das Bein nicht locker, nicht frei herunter, sondern ist entweder an das andere Bein gedrückt, oder wird hoch angespannt gehalten. Bei Berührung der Muskeln findet man dann ganz deutliche Muskelspannung. Die Bewegungen des P., besonders wenn er in der Gesellschaft ist, finden, wie P. das selbst bezeichnet, «nicht nach dem Princip der Kraftökonomie» statt. P. verliert bei jeder Bewegung viel mehr Kraft, als nötig ist. Wenn er z. B. Zucker aus der Dose nimmt, so drückt er entweder zu viel oder zu wenig mit der Zuckerzange, geht mit den Fingern zu weit, stösst etwas unterwegs an oder um, u. s. w. Es sei dabei auch erwähnt, dass P. aussergewöhnlich viel spuckt, so z. B., während der Annahme der Anamnese spuckte der P. jede 5-10 Minuten, und immer Speichel. P. erklärt, dass sich bei ihm viel Speichel im Munde sammle.

Während der Unterhaltung mit jemand, wird P. sehr leicht aufgeregt; spricht mit grossem Affekt und empfindet besondere Unannehmlichkeit, wenn die Umgebung bald das Thema wechselt. Er wechselt sehr ungern die Unterhaltungsthemata-er muss alles gründlich aussprechen. Das Gespräch macht auf ihn grossen Eindruck. Noch lange darnach denkt er darüber nach. Nach jedem Gespräch, welches ihn aufgeregt hat-fast jede Unterhaltung regt den P. auf-wird P. besonders unruhig, geht viel etc. Themata der Unterhaltung, welche der P. fast immer gern wählt und berührt, sind des principiellen Characters.

Gesteigerte Gefühlserregbarkeit des P. zeigt sich auch bei Gelegenheiten irgend welches Auftretens. Dann hat er gewöhnlich ausserordentlich grosses Threma.-P. beklagt sich weiter, dass ihm das Gedächtnis oft versagt, besonders in Bezug auf die Erinnerung von Namen. Er kennt z. B. den Gegenstand oder den Menschen ganz gut, erzählt alle Einzelheiten, und, wenn er den Namen erwähnen will, kann er es nicht, obwohl er ihn sonst ganz genau wusste und obwohl er sich nachher ganz gut daran erinnert. Das bringt ihn oft in Verlegenheit. Auch die Begriffsthätigkeit, sowie Denkthätigkeiten sind, wie das dem P. aufgefallen ist, sehr oft herabgesetzt. Er liest dann z. B. ein Buch und bemerkt dabei, dass er nur ganz mechanisch gelesen und fast gar nichts verstanden hat. Diese Erscheinung tritt in letzter Zeit in grösserem Umfange und öfterer, wie früher auf. Auch das Lösen irgend welcher Aufgabe, beim Denken fühlt er fast stets, dass es gar nicht mehr gehen will. Besonders beim Abfassen seiner schriftlichen Arbeit beobachtet er das.-Und noch eine Eigentümlichkeit hat der Patient bei seinem Schreiben bemerkt, d. i. er ist mit keinem seiner geschriebenen Worte, mit keinem Satze zufrieden. Das stört ihn so, dass er bald die Feder weglegt. Vielleicht liegt die Ursache dafür, wie er meint, auch darin, dass sich der P., wie er selbst sagt, von den blossen Worten und Aussagen schwer befreien kann. Er kann seine Gedanken nicht gut in Worte kleiden-das bietet ihm grosse Schwierigkeiten.

Das oben geschilderte Befinden wird oft von einigen anderen Zuständen abgewechselt. So fühlt sich. P. manchmal wohl, ruhig. Er kann dann ganz ruhig sitzen. Denkthätigkeit geht gut. P. ist zufrieden. Er hat dann auch keine anderen Beschwerden, von welchen ich nachher sprechen werden. Appetit Atmen, sowie Stuhlabgang sind ganz gut. Dieses Wohlbefinden, soll, wie der P. angiebt, besonders in schönen, sonnigen Sommertagen auftreten. «Sei gutem Wetter-sagt-der P. ist mir leicht auf der Seele.»

Manchmal gerät der P. in den zu oben ganz entgegengesetzten Zustand, in den der vollen Niedergedrücktheit. Er ist dann traurig, fühlt sich niedergeschlagen und unglücklich. Er fühlt dann Heimweh nach jemandem ihm näher stehenden, welcher ihn betrauern könnte. Alles sieht er schwarz. Jede Kleinigkeit drückt ihn noch mehr nieder, sogar das Rauchen der Lampe. Es fehlt ihm dann jede Lust zum Leben und zu Allem. Er meidet die Gesellschaft, liest nichts, denkt nichts, hat gänzliche Abneigung vor Arbeit und sogar vor der einfachsten, welche er sonst gern verrichtet. Er liegt stets, sogar viele Stunden hindurch. Schläfrig ist er besonders nicht. Aber, wenn er auf

einige Zeit einschläft, so steht er ganz wohl und munter auf. Der Schlaf ist, wie P. sagt, für ihn ein Mittel gegen einen solchen Zustand. In solchem Zustande hat der P. absolut keinen Appetit. Das Essen soll ihm sogar dann zum Eckel sein. Er hat dann auch keinen Stuhlgang und spürt Kopfweh in der Schläfegegend. In den Bewegungen ist dann P. langsam. Auch die Sprache ist langsam, weinerlich und besonders ziehend. Solcher weinerliche Zustand dauert nie länger als einen Tag, gewöhnlich aber nur einige Stunden. Manchmal gehen aber einige Wochen vorüber, obne das Auftreten dieses Zustandes. Im Winter sollen solche Zustände öfters auftreten.

Sehr oft, fast zu jeder Zeit, kann P. in den Zustand geraten, wo er sich nur seinen Gedanken hingiebt. Er kann Stunden lang über Ein und Dasselbedenken. Dieses Denken macht ihm besonderes Vergnügen, und er ist sehr unzufrieden, wenn er in seinem Schwärmen gestört wird. Er stellt sich z. B. er einmal vor, wie er eine wissenschaftliche Arbeit macht. Ein anderes Mal schwärmt z. B., dass er irgend welche andere Person glücklich macht, und wie er dann ein glückliches Leben führen wird etc. Das Alles bearbeitet er so in allen Einzelheiten, dass, wenn er einmal in Paris einen Bibliotheksaal sah, er erstaunt gewesen ist, weil er gerade für einen solchen Bibliothekssaal geschwärmt hatte. P. weiss, dass alle die Gedanken, gegenstandslos sind, dass das alles blosse nutzlose Phantasieen sind, die ihn nur von der Arbeit ablenken. Er ist deswegen unzufrieden, aber trotzdem gerät er doch wieder in diese Schwärmerei. P. sagt, es läge in ihm eine offenbare Neigung zu solchen Schwärmen.

Endlich giebt P. noch einen Zustand an, in welchen er von Zeit zu Zeit gerät. Dar ist der Zustand, in welchem er, obwohl er gewöhnlich nicht arbeitet und sogar Abneigung vor der Arbeit besitzt, plötzlich Trieb zur Beschäftigung bekommt. Er arbeitet dann leidenschaftlich. Er ist dann unruhig, springt oft von dem Stuhle auf, geht einige Schritte hin und her und setzt sich wieder an die Arbeit. Er hat dann Bedürfniss nach Abkürzung aller seiner Gedanken und Bewegungen. In diesem Zustande hat P. keinen Appetit. Das Bedürfniss nach Schlaf ist verringert. Auch kein Stuhlgang ist vorhanden. Auf der Strasse geht er sehr rasch, viel rascher als gewöhnlich, als ob er irgend einem Ziele zustrebte, obwohl er sich z. B. nur auf dem Spaziergange befindet. Nach einiger Zeit — einige Tage sogar kann solcher Zustand dauern, es tritt volle Erschöpfung ein, und dann verschwindet dieser Zustand. Er erscheint ab und zu, in letzter Zeit aber viel weniger. — Es sei noch erwähnt, dass sich erwähnter Beschäftigungstrieb nur auf die einfachste, wenig Denkthätigkeit verlangende Arbeit bezieht. Zu

jeder schwierigeren, geistigen Arbeit, wo er denken, überlegen, vergleichen muss u. s. w., fühlt sich P. unfähig. Dieses kommt chm sehr, schwer vor. Wenn er auf solche Schwierigkeiten stösst, so legt er sofort diese Arbeit Seite und beginnt eine andere, oder er gerät, wie er sagt, in Verzweiflung.

Die geschilderten anormalen Zustände pflegen, wie schon gesagt, gewöhnlich bei schlechtem Wetter, kaltem Winde, besonders im Winter, einzutreten. Dann fünlt sich P. «innerlich schlecht». Dagegen fühlt sich P. am besten in der grössten Hitze. Besonders thut ihm die Sonne sehr wohl. Er geht immer au der Sonnenseite der Strasse. Wenn sich P. im heissen Zimmer befindet, so wird er müde und schläfrig. Dann ist er auch fähig einzuschlafen. Er ist auch dann mehr ruhig sowohl in Bewegungen, wie im Seistesleben. Bei gutem Wetter, wenn sich P. wohl und zufrieden fühlt, ist dann auch sein Gesichtsaussehen gesund, was bei schlechtem Zustande nicht der Fall ist, und P. ein krankhaftes Aussehen des Gesichtes dann hat. Diesen Wechsel im Gesichtsaussehen giebt P. ganz bestimmt an. Ob auch mit den Händen solche Veränderungen vorkommen darauf hat P. nicht Acht gegeben. Auch die Lippen sollen manchmal trockel sein, wann dies der Fall ist hat P. nicht gemerkt. Die Zunge soll fast immer belegt sein und ein unangenehmer Geruch entströmt aus dem Munde des P. Die Pupillen sind oft breit. P. kann sich nicht daran erinnern, ob er manchmal Bedürfniss zum maximalen Ausdehnen der Lunge hatte. Sagt aber, dass er fast immer über Mangel an Luft zu klagen habe, was nach seiner Meinung, mit dem Leben in den grossen Städten verbunden ist. Dabei soll der P., wie er sich äussert, ausser Speichel, auch Schleim aus der Kehle ausspucken.

Mit dem Stuhlgang stent P. ser schlecht. Schon seit vielen Jahren gebraucht er verschiedene Mittel gegen Verstopfung. Falls der P. keine Mittel anwendet, hat er keinen Stuhl- und dabei keinen Wind-abgang. Nach einigen Tagen der Verstopfung bekommt er einen underhältnissmässig kleinen Stuhl, mit Schmerzen verbunden. Der Koth kommt in kleinen harten Stückchen heraus und ist mit Schleim bedeckt. Die Sprache unterliegt auch dem Wechsel, wie es dem P. auffiel. P. schwitzt ganz minimal, ob früher mehr, weiss er nicht. Nach dem Schwitzen wenn P. im Dampfbade war, fühlte er sich bedeutend besser. P. ist sehr empfindlich gegen Schlafmangel; wenn er etwas weniger schläft, so fühlt er sich ganz schlecht und hat den ganzen Tag verloren». Nach langem guten Schlafe fühlt er sich viel besser. Wie schon oben gesagt, schläft er wegen Aufregung schwer ein. Er wacht sehr früh auf und kann, trotz Ermüdungsgefühl nicht weiter schlafen. Was den blauen

Ton der Lippen und den Puls anbetrifft, so hat P., wie er sagt, darauf nicht geachtet. In dieser Beziehung ist es mir gelungen, den Uebergang vom normalen zum anormalen Zustande zu beobachten. Bei Beginn der Untersuchung—es war warmes Wetter und P. hatte soeben den Kaffee zu sich genommen—war der Puls stark, voll, sehr gespannt, 70-80 (Coffeinpuls). Die Lippen waren hellrot. Nach einiger Zeit der Unterhaltung und Untersuchung (2-3 Stunden) es wurde plözlich kühl und es fing an, zu regnen-habe ich deutlich eine blasse Färbung der Lippen und die beginnende Trockenheit derselben bemerkt. Wenn ich den Puls anfühlte, so war er mir ein wohl bekanter, ein stossartiger und kurzer Puls, gegen 95 Schläge in der Minute.

Während der Untersuchung war P. stets in Bewegung. Er ging fast ununterbrochen, gegen 1 Stunde, im Zimmer hin und her. Er konnte nicht ruhig sitzen. Beim Sprechen gestikulierte er. Leicht gerät er in Affekt. Bei geringem Amlasse bekommt er maximale Freude, so dass er fast mit seinem ganzen Körper lacht. P. zeigt deutlich bei den entsprechenden Anlässen blitzartige, übertriebene Reaktion. P. erzählt sehr gern das, was seine eigene Persönlichkeit anbetrifft. Er ist sehr anemisch und schlecht ernährt. P. zeigt ausgeprägte Dermographie, mit sehr schlaffer, aber starker und anhaltender Reaktion. Die inneren Organe bieten hier nichts interessantes dar. Es sind nur kleine Dämpfungen in den beiden Lungenspitzen. Kein organisches Nervenleiden liegt vor. Es sind nur die Patillarreflexe gesteigert, die Glieder zeigen Zittern. Bei Druk aut den Bauch fühlt man einen deutlichen runden glatten und sehr harten Strang an der Stelle des Colons.

Da steht vor uns ein weit fortgeschrittener Fall derselben spastischen vasomotorischen Neurose, wie in dem 1-en. Falle mit einigen tiefen und dahuerden Störungen, besonders im Geistesleben welche auch der 1 et Pat. besitzte wie gänzliche Willenslosigkeit, volle Abneigung vor Arbeit, ein grosser Grad der Gemütsgleichgiltigkeit, Steifheit in den Muskeln, Spucken, und Andeutungen der Sprachverwirrtheit und des Negativismus Bei diesen Patienten haben wir auch alle dieselben psychischen Zustande, festgestellt, welche den 1-sten Patint kennzeichneten B. z. den schwärmerischen Zustand, den Beschäftigungstrieb-Zustand, die kurdzdauernde weinerliche Stimmung. Wir haben hier auch dieselbe Affectivität und dieselbe intellektuelle Störungen. Ebenso haben wir bei diesem Patienten spastische Obstipation, erweiterte Puppillen, dieselbe Pulsart, getrocknete und blaue Lippen, Zungenbelag, Geruch aus dem Munde etc, nachweisen können. Endlich hat der Patient dasselbe dermographische Phenomen und das auf Grund der Anammese wie auch durch objektive Beobachtung festges-

tellte Abhängen der anormalen Erscheinungen des Pat. von der Einwirkung der Kälte auf die Haut dem in derselben entstandenen Gefässspasmus.

Dass sich dieser Fall ganz mit dem ersten Fall deckt, verdient kaum, wiederhol angeführt zu werden. Der Kaffeegenuss hindert etwas davon alle körperliche Simptome leicht zu sehen. Indem es mir aber gelungen ist, objektiv, in der Zeit von 1 1/2 Stunden der Untersuchung, beim Eintreten der Kühle, das Auftreten des bekannten Pulses, der blauen Färbung der Lippen, und beginnenden Trockenneit derselben zu beobachten, so verschwand der geringste Zweifel, dass wir hier mit ganz demselben Falle der vasomotorischen Erkarankung zu thun haben, wie bei erstem Pat. Wann die Erkrankung] begonnen hat kann man nicht bestimmen. Jedenfalls muss sie meherere Jahre bestehen, wofür, abgesehen davon, dass es zu so grossen Störungsfolgen kam, auch der Umstand spricht, dass schon vor vier Jahren P. selbst diese Folgen bemerkt hat. Was die Aytiologie anbetrifft, so haben wir hier wieder mit Heredität zu thun, sowie mit Ueberanstrengung und Coffeingenus. Therapie entsprechend den Verhältnissen, in welchen der P. lebt, ist folgende. Beseitigen der Folgen durch maximalen Schlaf, Schwitzen und Ernährung. Kompletes Aufhören des Coffeinsgebrauchs. Opium, Paraldehyd, Strophantus. Nächtliche Umsclhäge auf den Bauch zum Stuhlregulieren. Honig zum Stärken der Hirhninde-Funktionen. Sehr warme Bekleidund. Die Anordung der 1-2 mal in der Woche zunehmende Blitz und Strahldouchen.

X

Eine 28 jährige W. (1874 geb.), Frau eines Schutzmannes, seit drei Jahren verheirattet, mit zwei lebenden Kindern. Der Vater soll nervös gewesen sein, bei jeder Kleinigkeit geriet er in Zorn. Eben soll ein Bruder von der P. nervös sein. Die anderen Geschwister (drei Schwestern) zeigen angeblich keine Nervosität. Das übermässige Trinken kommt in der Familie nicht vor. Bis zum 6. Lebensjahre soll die P. oft Ohnmachtsanfälle mit Geschrei gehabt haben, was aber nach den im 6. Lebensjahre durchgemachten Masern vollständig verschwand. Im 7. Jahre hatte die P. Diphterie, im 13. Jahre Blindarmentzündung, ohne irgend welche bemerkbaren, schädlichen Folgen seitens des Nervensystems. Von 16-19. Lebensjahre trank die P. 3-4 Glas Bier täglich, dabei ass sie viel und schlief viel. Nur im 18. Jahre nach dem Tode des Vaters, hatte P. grossen Kummer, fast ein 1/2 Jahr hindurch, während welcher Zeit sie viel weinte und wening schlief (nicht mehr

als 5-6 Stunden. Vom 19.-24. Lebensjahre führte P. ein ganz ruhiges Leben ohne Sorge; ass viel und schlief viel. Im 24. Jahre, einige Monate hindurdch, lebte P. stets in Streitigkeiten, welche ihr grosse Gemütserregungen brachten. Vor zwei Jahren hat die P. wiederum, nach dem Tode der Mutter, dauernde, tiefe Gemütserschütterung gehabt; sie hat vier Monate fast ununterbrochen geweint, minimal gegessen und fast gar nicht geschlafen. Sie war dabei schwanger. Seit dieser Zeit giebt P.an, wurde sie besonders erregbar und zeitweise für die Umgebung deswegen sogar unerträglich. Das bestätigt auch der Mann der P. Er sagt, seit dieser Zeit ist die Pat., wie es ihm auffiel, so anormal geworden.

Die Pat., als Kind. wurde von der Umgebung als «böses Kind» bezeichnet. Sie soll von Jugend auf, leicht in Zorn geraten sein. Seit frühester Jugend trinkt P. Kaffee, aber nicht mehr als 2-3 Tassen täglich, beim Frühstück und nach dem Mittagessen.—Was die jetzige Krankheit anbetriff, so hat sich die Umgebung der Pat., sowie die Pat. selbst vor allem über wechselnde Stimmung und grosse Erregbarkeit der P. zu beklagen. P. fühlt sich nicht immer gleich, ein paar Tage gut und ein paar Tage schlecht. Wenn sie gud viel geschlafen hat, so soll sie sich wohl fühlen. Sie soll sehr empfindlich gegen Schlafmangel sein. Eine, zwei Stunden zu wenig Schlaf sollen ihr schon Stimmung und das Befinden für den ganzen Tag verderben. «Dann bin ich-sagt P.-grüblich (reizbar) und mir selbst nicht gut.» Der zweite Umstand, von welchem die Stimmung und das Befinden der P. abhängen soll, ist das Wetter. Die P. behauptet stets, dass jedes Mal ein grösserer Wetterwechsel mit dem Wechsel in ihrem Befinden bebegleitet ist. An warmen, schönen, somnigen Sommertagen fühlt sich P. gut und normal. Bei kühler, windiger Witterung, gerät sie in anormaleen Zustand. Diese Aussage der. P. verdient gewisse Beachtung, auch Dank weiterer Angaben, nämlich, dass sich die P, am wohlsten in der Hitze fühlt. Bei der stärksten Sonnenglut, wo sich die anderen Leute zu verstecken suchen, sitzt die P. gern unter den Sonnenstrahlen und geht sehr gern auf der Sonnenseite der Strasse. Dann soll sich P. wohl fühlen bei innerer Ruhe und Zufriedenheit, nur sehr zu Schlafe geneigt und müde, als wenn sie, wie sie sagt, «die ganze Welt geschaffen hätte.» Auch in geheizten Räumen, (z. B. in der erwärmten Küche) ist sie «im Kopfe ruhig und zufrieden, nur bloss sehrmüde.»

In solchem Zustande des Wohlbefindes, nach langem Schlafe, bei sehr schönem Wetter, oder bei grosser Hitze ist P. für ihre Umgebung angenehm.

Sie kann dann sogar lustig sein, was sonst nicht der Fall ist. Dann

ärgert sie sich auch nicht, ist ruhig, kann alles thun und sogar die langweiligsten Arbeiten, wie z. B. Stricken. Sie hat dann für alles Interesse, kann die Zeitung von oben bis unten durchlesen. Ihr Gang ist ruhig, nicht sehr rasch. Die Sprache ist fliessend, nicht laut. Das ist der normale Zustand der P.

Die anormalen Zustände bieten grosse Manigfaltigkeit und stehen wie wir gesagt haben, im engen Zusammenhange besonders mit der Wirkung auf den Pat. der aüsseren Kälte.

Den gewöhnlichen Zustand, in welchem P. sich sehr oft befindet, bezeichnet P. selbst als Niedergedrücktheit, Unruhe und Unzufriedenheit. Bei jeder Gelegenheit gerät sie dann in grosse Affektausbrüche. Jede Kleinigkeit macht sie beleidigt und zornig. Sie ärgert sich, schimpft und klagt über alles, macht allerlei Vorwürfe. Sie fühlt sich dabei unglücklich, innerlich unzufrieden und unruhig. Sie muss immer in Bewegung sein. Sie kann nich lange ruhig sitzen. Wenn sie sitzt, so macht sie dabei Hand—oder Fussbewegungen. Ihr Gang ist unruhig und rasch. Die Stimme ist sehr laut. Sie «schreit überlaut».

Zur ruhigen Arbeit, wie z. B. Stricken hat sie keine Geduld, wenn sie aber beispielsweise stricken muss, so muss sie dabei noch etwas anderes thun. Ueberhaupt hat P. keine innere Lust zur Arbeit. Sie schafft, weil sie schaffen muss, weil die ganze Haushaltung auf ihren Schultern ruht. Am unangenehmsten ist aber für die P., wie sie sagt, die Gedankenunruhe. Sie muss dann «schrecklich viel denken». «Sie muss die ganze Welt ausdenken». Sie denkt gewöhnlich über die eigene Vergangenheit und meistenteils über das, was besonders unangenehm für sie war. Sie denkt über alle Leute, welche ihr etwas zu Leide gethan haben und sie wird gegen diese Leute bös und zornig, während sie zu anderer Zeit diesen Leuten verziehen hat. Diese Gedanken sind für die P. lästig und unangenehm. Die Ereignisse, welche gewöhnlich die P. interessieren, sind für sie in solcher Stimmung ganz gleichgiltig. Sie liest dann kein Buch und keine Zeitung. Einschlafen kann P. nicht leicht und schläft unruhig. Die Gefühlsreaktion der P. in diesem Zustande ist so gesteigert und übertrieben, dass sogar ihr allergrösste unglück gefühl bei der Umgebung kein Mitleid erregt Der Mann sagt, dass die P. dann «nur schimpft, raisoniert, Vorwürfe macht, sogar wegen längst geschehener Sachen». Am besten kann der Eindruck, welchen die Umgebung von der sich in solcher Stimmung befindenden Kranken bekommt, dadurch characterisiert werden, wenn ich hinzufüge, dass der Mann der P., bei grösseren Affektausbrüchen der P. oft zum Fenster geht und (da er vis-a-vis der psychatrischen Klinik wohnt) sagt: «Herr Proffessor Kraepelin, holen Sie meine

Frau». Die Umgebung auch Nachbarn halten das Benehmen der P. für anormal.

Irgend welche Anfälle von Bewusstseinstrübung oder Krämpfe sind nicht vorhanden. Diejenigen der ersten sechs Lebensjahre der P. verschwanden spurlos nach den durchgemachten Masern.

An den geschilderten anormalen Zustand schliesst sich von Zeit ein Zustand voller Niedergedrücktheit an, wo nebst der grossen Unruhe, weinerliche Stimmung eintrifft. P. ärgert sich dann gar nicht. «Dann habe ich keine Kraft und bin zu schwach zum Zorn». «Niemand kann mich Zorn bringen» saht sie. Sie hat grosse Neigung zum Weinen und meint, wenn sie sich recht ausweint, so wäre es für sie gut. Ueber jede Kleinigkeit kann sie weinen. Sie fühlt sich sehr unglücklich und verlassen, ist voll Angst und Furcht und solcher Gefühle, als ob grosses Unglück über sie hereinbräche. Sie bekommt dann gewöhnlich Heimweh nach ihrer verstorbenen Mutter. Sie verzeiht dann allen und hat keine böse Gefühle gegen irgend jemand. Sie hat absolut keine Lust zur Arbeit und alles geht ihr denn schwer von statten. Sie fängt z. B. an zu waschen, schon nach einigen Minuten hört sie auf und kann nicht weiter waschen. Sie kann nicht fünf Minuten ruhig stehen, sie lauft viel. Solche weinerliche Tage treten zwei bis dreimal im Monat, manchmal seltener, und unregelmässig ein, und dauern einige Stunden, nie länger als einen Tag. Der mangelhafte Schlaf soll besonders praedisponierend auf solche Stimmung wirken.

Länger—ein paar Tage—dauert gewöhnlich der andere Zustand, welcher sich an den ersten Zustand der gesteigerten Erregbarkeit und leicht auftretenden Zornausbrüchen anschliesst. Das ist der Zustand der besonders grossen Neigung zum Arbeiten. Dann thut sie alles «gern und gründlich», mit Energie und Lust. Alles im Zimmer führt sie dann in die beste Ordnung. Alles was sie sich seit ein par Wochen ausgeplant hat verwirklicht sie in dieser Zeit und dabei gründlich. Aber nur schwerere stark bewegliche Arbeiten macht sie dann gerne, z. B. das Ausraumen und ordentlich Einpacken, Zimmer reinigen, Geräte putzen u. s. w. Dagegen zu stiller Arbeit, wie Striken, ist sie nicht fähig Auch hat sie keine Geduld zum Lesen. Sie liest die Zeitung nur oberflächlich, und nur das, was das wichtigste ist. Alles geht ausserordentlich rasch. Sie ist immer beweglich. Sie kann nicht ruhig sitzen. Stets muss sie etwas schaffen. Wenn sie Briefe schreibt, so schreibt sie auch ausserordentlich rasch. Sprache und Gang sind rasch und energievoll. Sie spürt keine Müdigkeit sie kann, sogar den ganzen Tag, die schwerste Arbeit ohne Müdigkeit schaffen». Sie braucht dann nichts zu essen, sie hat keinen Appetit. «In Gemüt bin ich nicht lus-

tig. Ich kann singen aber nicht das Lust, sondern aus Beweglichkeit, dass ich etwas treibe bei meiner Arbeit. Das ist ein ganz anderes Singen, als jenes, wenn ich zufrieden bin, sagt die P. Die P. ist überdies dabei sehr reizbar. Jede Kleinigkeit macht sie beleidigt und zornig. Leicht verteilt sie dann auf die Umgebung Schläge, Vorwürfe und Beschimpfungen. Der Mann sagt dann gewöhnlich zu den Kindern: «Geht der Mama aus dem Weg; sie ist jetzt nervisch». Aber sie hat dann keine innere Unzufriedenheit, schläft leicht ein und hat tiefen ruhigen Schlaf. Dieser Zustand dauert, wie schon gesagt, ein paar Tage und endet mit der grössten Erschöpfung und Ermüdung.

Die P. gieb noch einen anderen Zustand an. Das ist der, in welchem die P. ruhig und still ist, sogar Einsamkeit sucht und sich nur ihren Gedanken hingiebt. Die letzteren beziehen sich auf ihren und ihrer Angehörige Zukunft, meistenteils sogar auf die Schicksale der Personen aus dem Romane, den sie gerade gelesen hat. Sie freut sich Stunden lang, wenn etwas Gutes, und betrübt sich, wenn etwas schlechtes mit dem Remanhelden passiert.

Sie unterlässt jede Beschäftigung, durch welche sie bei dieser Schwärmerei gestört werden kann und wählt sich nur solche Arbeit, z. B. stricken, bei welcher sie sich ganz ruhig ihren Gedanken hingeben kann. Wenn sie etwas zum Lesen hat, was sie aufgeregt hat, so lässt sie dann ihre Arbeit, um nur zu Lesen. Sie kann dann über nichts anderes denken, nur denkt sie dann über das, durch was sie beherrscht wird, obwohl sie stundenlang über ein und dasselbe denkt. Diese Gedanken machen ihr grosses Vergnügen. Nur, wenn sie schon einige Stunden, über ein und dasselbe Thema geschwarmt hat, so wird es ihr schon etwas lästig, aber sie kann sich nicht leicht von diesem Schwärmen befreien. Der Character des Zwanges in diesem Schwärmen ist am besten aus der eigenen Bezeichnung der P. erkennbar. Sie sagt, nach ein paar Stunden wird ihr dieses Denken «über eine und dieselbe Geschichte zum Eckel». «Ich möchte gern über etwas anderes denken, aber kann ich nicht».

Die P. giebt weiter an, dass sie in solchen Zeiten, in welchen sie sich schlecht fühlt, besonders grosse Angst und, wie sie sagt, grosse Beklemmungen hat, wenn sie eine ihr weniger bekannten Person treffen oder mit einem Fremden sprechen soll.

Was die Intelligenz anbetrifft, so giebt die P. an, dass sie in ihren anormalen Zuständen besonders vergesslich ist «sie könne dann nichts behalten», was sonst nicht der Fall ist. «Wenn ich Jemandem etwas erzählen wollte, was ich ganz gewusst habe, und was mir später wieder einfällt, so ist mir das ganz aus dem Gedachtnis entfallen». Beson-

ders in Bezug auf Namenerinnerung, macht sich die Vergesslichkeit der P. fühlbar. «Wenn ich Jemandem sagen will, wie der und der heisst, fällt mir der Name nicht mehr ein, den ich vorher gewusst habe. Nach ein paar Tagen später fällt er mir wieder ein.» Auch mit dem Rechnen, mit dem Begreifen, geht es der P. in solcher Zeit nicht gut. «Ich kann dann nichts zusammen bringen.» «Ich kann dann auch keine anständigen Briefe schreiben.» «Die Gedanken sind so schlecht zusammen.»

Von den körperlichen Störungen klagt die P., über manchmal auftretende Athemnoth, welches sie selbst so schildert: «Ich habe tiefsten Athem geholt und doch habe ich nicht genügend.» Wenn sie sogar eine Treppe steigt, so fällt ihr das Athmen so schwer, dass sie stehen bleiben muss, obwohl sie zu anderer Zeit, wo sie sich wohl fühlt, sogar Berge ohne Athemnoth und Beschwerden besteigen kann.

Die P. soll dann, wenn sie Athemnoht hat, auch mehr spucken; es sammelt sich Schleim in der Kehle. Ob sie dann auch blaue Lippen hat, das hat P. nicht zu bechachten versucht, «darauf habe ich nicht Acht gegeben». Die blauen Lippen, oft bei der P. auftretend wurden von mir vielmals beobachtet gleichzeitig mit dem kurzen stossartigen Pulse, gegen 90. Die Pat. giebt ganz bestimmt an, dass die geschilderte Athemnoth, und das grössere Spucken, gleichzeitig mit ihrem psychischen Unwohlbefinden auftreten.

Auf weitere Fragen, giebt P. an, dass es Tage gäbe, an welchen sie auf dem Gesicht besonders schlecht, krankhaft aussieht, das Gesicht sei «blass, gelb und eingefallen» und dass das gar nicht mit der Zeit der Reinigung verbunden sei. Auch der Mann der Pat. und eine Nachbarin behaupten dasselbe, dass die Pat. manchmal besonders krankhaft aussehe, während sie an anderen Tagen gesundes Gesichtsaussehen habe. Auf die Frage, wann sie so schlecht aussähe, antwortet die P. bestimmt: «Wenn ich niedergeschlagen bin, dann sehe ich schlecht aus.» Ob das auch bei dem Beschäftigungstriebe vorkommt, dazu hatte die P. «keine Zeit zu beobachten». P. giebt weiter, auch von den Veränderungen auf den Händen und von den getrockneten Lippen an. «Ich spüre an meinen Händen, dass sie so leer sind und so mager, ganz blass und welk.» «Dann geht mein Ring viel leichter, als sonst aus dem Finger heraus». «Die Lippen, wenn ich mit dem Finger über sie fahre, sind trocken und rauh.» Auf die Frage, ob P. leicht schwitzt, antwortet P., sie schwitze fast nie, sie decke sich oft mit einem grossen Federbett, sogar im Sommer, bis zum Halse zu, schwitze aber nicht. Der Mann von P. sagt, sie sei «so kalt wie ein Frosch». Nur zwei-drei Tage vor der Menses schwitzt P. viel. Die Mensesdauern

6-8 Tage, mit verschiedenen Schmerzen und grosser Aufregung der P. verbunden. Aber dieser Aufregungszustand soll ein ganz anderer sein, als diejenigen, welche P. oben geschildert hat. Die verschiedenen Schmerzen sollen sie, wie sie sagt aufregen. Bei der geringstea Kälte soll P. kalte Füsse und kalte Hände haben. Während ihrer schlechten psychischen Zustände, soll die Pat. einige Tage keinen Stuhl haben. Dem Stuhlabgang begleiten stets Schmerzen in der Anus-Gegend. Der Koth ist sehr hart, in kleinen Stückchen und Klumpfchen und trotz der längerdaueruden Verstopfung in ganz geringer Quantität. Auch fiel es der Patientin auf, dass sie, während ihrer anormalen Zustände auch keine Winde abgibt. Es ist mir gelungen der Bauch der Patientin, während eines kleinen anormalen Zustande der Pat., abzutasten, und ich fühlte an der stelle des Colon Transversum und Descendens einen dünnen, glatten, harten strangförmigen Körpcr.

Ueber Zungenbelag und unangenehmen Geruch aus dem Munde kann P. nicht sagen. Sie hat das nicht beachte. Sowie auch über den Zustand der Pupillen kann sie keine Angaben machen. Wie ich vielmals konstatierte, sind die Pupillen fast stets erweitert, manchmal mehr, manchmal weniger.

Zu den oben dargestellten anamnestischen Angaben, über die im Vordergrunde stehende Erkrankung hat die Untersachung der P. nicht viel hinzugefügt, umsoweniger, als sich P. in ihrem normalen Zustande befindet, und dabei Kaffee getrunken hat. Nur zeigt sie charakteristische Dermographie. Einige Sekunden zerfliessen, bie die Reaction eintritt. Langsam vergrössert sich der Strich. In seinem Höhepunkte wird, er aussergewöhnlich intensiv und lang dauernd und verschwindet nur äusserst langsam und allmählich.

Sonst zeigt die P. schlechten Ernährungszustand, anemisches Aussehen, kleine Dämpfungen in den Lungenspitzen, lebhaftes Kniephenomen, sonst keine organischen Störungen im Herzen, keine durch die äussere Untersuchung nachweisfares Störungen in den Bauchorganen, sowie keine organische Nervenstörungen.

Wir haben hier mit derselben vasomotorischen Erkrankung zu thun, welche wir bei Gelegenheit des ersten Falles näher besprochen haben. Wir finden hier denselben Wechsel in dem körperlichen und psychischen Befinden der P. Wir haben hier im anormalen Zustande dieselbe gesteigerte, sehr übertriebene Gefühlsreaktion auf die äusseren Ereignisse. Auf diesem Boden entstehen dieselben schwärmerischen, weinerlichen Beschäftigungstriebs zustände, sowie verschiedene Affectausbrüche. Auch in der intellektuellen Sphäre finden wir dieselben Störungen: Herabsetzung der ganzen Denkthätigkeit und be-

sonders des Gedächtnisses. Wir finden bei unserer P. den Wechsel in dem Aussehen und Befinden des Gesichtes, der Lippen und Hände, sogar dieselben zeitweise auftretenden Stauungserscheinungen, wie die in ganz derselben Weise beschriebene Athemnoth undBronchialhypersekretion. Blaue getrocknete Lippen und stossartiger kurzer Puls, ca. 90, wurden vielmals von mir festgestellt. Wir finden hier dieselbe Dermographie und sogar dieselben Gewohnheiten und Eigenschaften, wie grosse Empfindlichkeit gegen Schlafmangel. Liebe zur Hitze, geringe Schweissabsonderung. Endlich finden wir auch hier dieselben Angaben über den Einfluss der guten oder schlechten Wittterung auf die Kranke.

Die Diagnose begründet sich hauptsächlich auf die Anamnese. Die Erkrankung hat in diese Form, wie sie jetz, besteht, wahrscheinlich vor zwei Jahren begonnen, damals, wo die P. einige Monate grossen Kummer hatte, sehr wenig schlief und ass, was wahrscheinlich das ursachliche Moment war, welches die Erkrankung in dieser Form hervorgerufen hat. Dass die Erkrankung nicht sehr lange dauert, dafür könnte auch dieser Umstand sprechen, dass sie einen leichten Grad zeigt, und dass keine nachweisbaren tieferen Störungen vorhanden sein. Gewissen Anteil an dem Hervorrufen der Erkrankung könnte man vielleicht auch dem stetigen, frühester Jugend fortdauernden, täglichen Kaffeegebrauch zuschreiben. Auch für den Hereditätseinfluss sprechen die Angaben der P. Dass unter den Affecten, in welche P. leicht geriet, der Zorn eine so grosse Rolle spielt, kann man durch die Lebensverhältnisse der P. einerseits, andrerseits damit erklären, dass sich die P. schon von Jugend auf in dieser Richtung auszeichnete. Sie wurde doch ein «böses Kind» genannt.

XI.—*Schluss.*

Die Besprechung der Krankheit und besonders die Analyse des ersten Fallesergeben in erster Linie: dass das bisherige Auffassen des Wesens der Krankheit, als bloss in den psychischen Störungen beruhend, unrichtig ist. Die Haupterkrankung betrifft den vasomotorischen Apparat. Die vasomotorische Störung ist Ausgangspunkt für andere Erscheinungen. Diese Thatsache hat eine ganze Reihe von Konsequenzen in therapeutischer ajtiologischer, prognostischer, hygienischer etc. Hinsicht für die hier besprochene Krankheit. Sie wirft uns auch das Licht auf das Wesen einerseits der einfachen Neurasthenie, anderseits derjenigen Psychose, die sowohl aus der einfachen wie

auch aus dieser s. g. periodischen Neurasthenie entsteht, und die, wie es scheint,—die Kraepelinsche Dementia praecox ist.—Wenn man die hier analisierte Krankheit nach ihrem Wesen bezeichnen wollte, so müsste man sie als eine spastische vasomotorische (oder Sympaticus) Neurose und zwar als eine Form der von Solis-Cohem als «Ataxia vasomotoria» genannten Neurose betrachten. Danach müsste man die einfache Neurastenie auch als eine Art der vasomotorischen Neurose auffassen.

DER SCHLAF UND DIE PROPHYLAXIE DER GEISTES-UND NERVENKRANKHEITEN

par Mr. le Dr. PRENGOSWSKI (Cracovie.)

Ich habe mich auch, wie es in meiner Arbeit über die von mir analisierte Krankeit näher sehen werden, von der grossen Bedentung des Schafles für das geistige Leben überzeugt. Ich führe hier einige Beobachtungen ganz kurz an, welche sich auf die Frage von der Bedeutung des Schlafes beziehen.

I. *a*) Meine Patienten sind so empfindlich gegen den Schlafmangel, dass, wenn sie 1-2 Stunden weniger Nachts schlafen, als gewöhnlich, sie dann in dem ganzen Tage geistig sehr wenig produktiv sind. Sie sagen selbst, sie verlieren dann den ganzen Tag.

b) Der Schlaf hat sich als das zweite Mittel (nach dem Schwitzen) besonders bei der Beisitigung der tieferen Veränderungen des psychischen Lebens meiner Patienten erwiesen.

II. Es existieren gewisse nähere Beziehungen zwichen dem Schlaafe und der erhöhten Hauttranspiration, worüber folgende Beobachtungen sprechen:

a) Die anormalen Zustände meiner Patienten verschwanden sowol nach dem Schlafe, wie auch nach dem Schwitzen.

b) Wenn die Patienten in Folge der Aufregung nicht, trotz der Ermüdung, einschlafen konnten, wurden sie durch ein leichtes Schwitzen beruhigt und konnten leicht einschlafen. Wenn sie aber tüchtig weiter schwitzten, verloren sie dann ihr Bedurfniss des Schlafes, ohne aber wieder aufgeregt zu sein.

c) Ich möchte hier noch auf eine allgemein bekannte Thatsache hinweisen, welche auch von einer Aehnlichkeit der Wirkung des Schla-

fes und der erhöhten Hauttranspiration spricht. Es ist nämlich viel bekannt dass man nach einer z. B. in Tanzen in den warmen Räumen verbracten Nacht, wobei eine erhöhte Hauttranspiration stattfindet, an dem nächsten Tage ganz normal geistig funktioniert, was nie der Fall ist, wenn man die Nacht in der Kälte schlaflos verbringt. Das findet auch mit den Personen statt, welche bei solcher Gelegenheiten weder Nicotin, noch Coffein-Preparate, nicht selten dagegen die die Ermüdung erzengenden Alkoholpreparate gebrauchen.

III. Die in II angeführten Beobachtungen weisen darauf hin, dass bei dem Schlafe Etwas vorkommen muss, was auch bei der erhöten Hauttranspiration stattfindet. Das scheint mir nichts anderes zu sein, als die Schweissabgabe selbst sowie die Erweiterung der Hautgefässe. Dass diese Erscheinungen beim Schlafen stattzufinden scheinen, spricht dafur auch die Beobachtung, das beim Einschlafen die Haut der Erwärmung unterliegt.—Wenn man die Bedeutung der Haut, als eines Ausscheidungsorganes, bisher nicht genugend berücksicktitge, ist kein Wunder, dass man auch die hier angedeute Rolle des Schlafes biesher nicht genug beachtete.

Voeux présentés par cette section au Secrétariat général du Congrès pour être soumis à l'approbation de l'Assemblée générale:

La sección de Neuropatías, Enfermedades mentales y Antropología criminal, ha acordado por unanimidad proponer al Congreso:

1. Que no se publiquen los relatos emocionantes de los crímenes por estar demostrado el contagio de los impulsos criminales por dicha publicación.

2. Que se restrinja el consumo de las bebidas alcohólicas por ser evidentes los estragos cada día mayores del alcoholismo en la salud pública de todos los pueblos no protejidos por una legislación suficientemente profiláctica de este envenenamiento y de las locuras y delitos que de él dependen.

3. Que se adopte por todo los Gobiernos la legislación vigente en Portugal respecto á los enajenados criminales y á los Consejos médico-legales (ley de 3 de Abril de 1896 y ley de 17 de Agosto de 1896) disponiendo desde luego la observación constante de todos los presos por médicos psiquiatras competentes y el informe periódico de estos sobre el estado mental de aquellos.

La section de Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle a résolu par unanimité de proposer au Congrés:

1. Que l'on ne publie pas les récits émouvants des crimes, parce que la contagion du crime par cette publication est démontrée.

2. Qu'on restreigne la consommation des boissons alcooliques en vue de l'évidence des effets, chaque jour plus funestes de l'alcoolisme sur la santé publique dans les pays non protégés par une législation suffisamment prophylactique de cet empoisonnement et des folies et délits qui en dépendent.

3. Que tous les Gouvernements adoptent la législation en vigueur en Portugal concernant les aliénés criminels et les Conseils médico-légaux (loi du 3 Avril 1896 et loi du 17 Août 1899), en disposant dès maintenant l'observation constante de tous les prisonniers, par des médecins - psychiatres compétents et l'information périodique de ceux-ci sur leur état mental.

TABLE DES TRAVAUX

de la Section de Neuropathie.

—

Séance du 24 Avril.

—

Séance du 25 Avril.

—

Séance du 27 Avril.

—

Séance du 28 Avril.

—

Séance du 29 Avril.

TABLE ALPHABETIQUE DES NOMS D'AUTEURS

de la Section de Neuropathie.



TABLE ANALYTIQUE DES MATIERÈS
de la Section de Neuropathie.